

TIEDOSTA ARVIOINTIIN

tavoitteena paremmat palvelut

Sosiaali- ja terveyspalvelut Pohjois-Karjala

Asiantuntija-arvio, kevät 2018

THL:n asiantuntijaryhmä



Toimeksianto ja toteutus

Valtiovarainministeriö koordinoi syksyllä 2018 päättyvää maakuntatalouden simulaatioharjoitusta. Sen avulla testataan maakuntien talous- ja ohjausprosessia ja talouspäätösten tekemistä uudessa järjestelmässä. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa harjoituksessa maakuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausta koskevasta osuudesta.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on koonnut simulaatioharjoituksessa käytettävän tietopohjan ja antaa tässä raportissa asiantuntija-arvion tulevan maakunnan suoriutumisesta sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisessä. Asiantuntija-arvion tuottamisesta on vastannut [THL:n asiantuntijaryhmä](#). Harjoituksessa saatavaa tietoa ja kokemuksia tullaan hyödyntämään maakuntien arvioinnin kehittämässä. Arviointiharjoituksella ei ole vaikutusta tulevien maakuntien rahoituksen määräytymiseen.

ARVIOINNIN SISÄLTÖ POHJAUTUU LAINSÄÄDÄNTÖÖN

Arvioinnin sisältö rakentuu maakunnan suoriutumiskyvyn ulottuvuuksista, joita ovat palvelujen saatavuus, laatu ja vaikuttavuus, asiakaslähtöisyys ja yhdenvertaisuus. Arvioinnissa on paneuduttu myös eri sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäväkokonaisuuksiin ja otettu huomioon maakunta- ja sote-uudistuksen lakiesitysten tarkoituspykälissä mainitut tavoitteet, valinnanvapautta koskevan lakiluonnoksen tavoitteet sekä keskeisistä sisältölaeista johdetut kokonaisuudet.

ARVIOINNIN TIETOLÄHTEET MONIPUOLISIA

Arvioinnin tietolähteinä käytettiin maakuntien tuottamaa tietoa sote-valmistelun suunnittelusta, tulevien maakuntien hallinnosta järjestäjänä, organisaatiosta ja toimintatavoista. Indikaattoritietoa koottiin THL:n, Tilastokeskuksen ja eräiden muiden organisaatioiden tietovarannoista. Indikaattoreita voi tarkastella Sotkanetissa kohdasta [Maakuntien seuranta ja arviointi \(simulaatioharjoitus\)](#). Osana arviointia THL:n asiantuntijat vierailivat kaikissa maakunnissa ([ks. Ajankohtaista arvioinnista](#)). Arvioinnissa ei ole käytetty valvontaviranomaisen raportteja, koska riittäviä maakuntakohtaisia tietoja ei ollut saatavilla.

HARJOITUS KOKOAA KOKEMUKSIA

THL:n tavoitteena simulaatioharjoituksessa oli pyrkiä mahdollisimman todenmukaiseen arvioinnin toteutukseen. Arvioinnissa käytettävät tiedot koottiin saatavilla olevista vertailukelpoisista tietolähteistä. Kyseessä oli myös arviointitiedon kokoamiseen ja käyttöön liittyvä harjoitus, jolloin arviointitulokset ovat lähinnä suuntaa-antavia ja jatkokeskustelua tukevia. Harjoitus toi esiin hyvin sekä arviointiprosessin että tietopohjan kehittämistarpeita. Tulevaisuudessa kattavamman ja ajantasaisemman tietopohjan avulla maakuntien arvioinnissa päästään tarkempiin lopputuloksiin. THL:n sote-tietopohjan kehittämishanke työskentelee näiden haasteiden parissa.

Järjestämislakiluonnoksen (HE 15/2017, § 30 ja 31) mukaan THL:lle on tulossa lakisääteinen maakuntien seuranta- ja arviointitehtävä. Varsinainen arviointitoiminta käynnistyy keväällä 2018. Arviointi on jatkossa oleellinen osa valtakunnallista ohjausjärjestelmää ja se tuottaa pohjatietoa maakuntien omalle ohjaustoiminnalle.

Pekka Rissanen
Arviointijohtaja

Pekka Jousilahti
Tutkimusprofessori

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Sisällys

Toimeksianto ja toteutus	1
Keskeiset havainnot.....	3
Palvelujen järjestämisen yleiset edellytykset	4
Sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannukset	8
 Tehtäväkokonaisuuksien arviot	
Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen	10
Ennaltaehkäisevät palvelut	11
Perusterveydenhuolto	12
Mielenterveys- ja päihdepalvelut.....	13
Erikoissairaanhoido	15
Lasten, nuorten ja perheiden palvelut.....	16
Työikäisten sosiaalipalvelut	18
Vammaispalvelut	19
Ikäihmisten palvelut.....	20
 Ulottuvuuskohtaiset arviot	
Saatavuus	22
Laatu ja vaikuttavuus	23
Asiakaslähtöisyys	24
Yhdenvertaisuus.....	25
 Lähteet	26

Maakuntien seurannan ja arvioinnin vastuuhenkilönä on toiminut professori Pekka Rissanen, arviointityötä on koordinoanut Kimmo Parhiala.

Alueellisina arviointipäälliköinä ovat toimineet

Jonsson, Pia Maria (Pohjanmaa, Satakunta, Varsinais-Suomi)
 Jousilahti, Pekka (Etelä-Savo, Keski-Suomi, Pohjois-Karjala, Pohjois-Savo)
 Kovasin, Merja (Etelä-Pohjanmaa, Kanta-Häme, Pirkanmaa)
 Kärkkäinen, Jukka (Etelä-Karjala, Kymenlaakso, Päijät-Häme, Uusimaa)
 Syrjä, Vesa (Kainuu, Keski-Pohjanmaa, Lappi, Pohjois-Pohjanmaa)

Tehtäväkokonaisuus- ja ulottuvuuskohtaisten osioiden kirjoitukseen ovat osallistuneet

Aalto, Anna-Mari; Ahola, Sanna; Alastalo, Hanna; Autio, Eva; Blomgren, Sanna; Elonsalo, Ulpu;
 Forsell, Martta; Hakulinen, Tuovi; Halme, Nina; Hammar, Teija; Hastrup, Arja; Heino, Tarja; Hetemaa, Tiina;
 Hietanen-Peltola, Marke; Honkatukia, Juha; Häkkinen, Unto; Ikonen, Riikka; Kapiainen, Satu; Karvonen, Sakari;
 Kehusmaa, Sari; Kilpeläinen, Katri; Krohn, Minerva; Kuussaari, Kristiina; Lammi-Taskula, Johanna; Linnanmäki, Eila;
 Liukko, Eeva; Lounamaa, Anne; Luoto, Eija; Lyytikäinen, Merja; Martelin, Tuija; Muuri, Anu; Mäklin, Suvi;
 Nurmi-Koikkalainen, Päivi; Parikka, Suvi; Partanen, Airi; Reissell, Eeva; Sainio, Salla; Seppänen, Johanna;
 Sihvo, Sinikka; Siukola, Reetta; Ståhl, Timo; Suvisaari, Jaana; Viertiö, Satu.

Keskeiset havainnot

Arvioinnissa on suuria rajoitteita, ja sen tuloksia voidaan pitää enintään suuntaa antavina. Simulaatioharjoituksessa arvioitiin maakunnan sosiaali- ja terveyspalveluja sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä. Kunnat järjestävät ja tuottavat palveluita kuitenkin eri tavoin. Maakuntien toimintaa voidaan arvioida totuudenmukaisesti vasta, kun järjestämisvastuu alueen palveluista on siirtynyt niille.

Arvioinnissa käytetty tietopohja on vielä monien arviointitulottuvuuksien osalta vajavainen, ja tiedot ovat peräisin vuosilta 2015–2017. Harjoituksen lyhyen keston vuoksi kaikkia arvioinnin sisältöjä ei ole voitu käydä läpi yhdessä maakuntien kanssa. Arviointi ei myöskään kata kaikkia sosiaali- ja terveyspalveluja. Jatkossa arvioinnin tietopohja laajenee, ja kaikki talous- ja toimintatiedot pyritään kokoamaan samalta vuodelta. Erilaisista raportointikäytännöistä johtuvat epätarkkuudet vähenevät jatkossa, kun maakunnat ovat tietoisia kriteereistä, joiden perusteella niiden toimintaa arvioidaan.

Pohjois-Karjalan väestö on keskittynyt Joensuun seudulle. Maakunnan väestön määrä pienenee; väkiluku on vähentynyt kymmenen viime vuoden aikana lähes 4 000 hengellä. Luonnollinen väestönmuutos ja maan sisäinen nettomuutto ovat olleet 20 vuoden ajan negatiivisia, mutta niitä on osin kompensoinut positiivinen nettomaahanmuutto. Pohjois-Karjalan väestön ennustetaan vähenevän myös tulevaisuudessa. Väestö on koko maan tasoa vanhempaa, ja taloudellinen huoltosuhde on koko maan tasoa selvästi korkeampi. Vuonna 2016 Pohjois-Karjalan väestön ikävakioimaton sairastavuusindeksi oli 128,9 eli selvästi koko maan keskiarvoa korkeampi. Sairastavuusindeksin kehitys on kuitenkin ollut koko maan kehitystä parempi. Pohjois-Karjalan työttömyysaste on maan korkein ja rakennetyöttömyys on yleistä.

Vuonna 2017 toimintansa aloittanut Siun sote vastaa pääosin Pohjois-Karjalan julkisen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sekä sosiaalipalvelujen tuotannosta. Kahden kunnan (Rääkkylän ja Tohmajärven) palvelutuotanto on ulkoistettu. Sosiaali- ja terveyspalvelujen lisäksi Siun sote vastaa ensihoidosta, pelastustoimesta ja varautumisesta sekä ympäristöterveydenhuollosta. Sote-uudistuksen valmistelu rakentuu pitkälti Siun soten ja olemassa olevan järjestelmän pohjalle. Pohjois-Karjalan perusterveydenhuolto ja

erikoissairaanhoito käyttävät yhtä yhtenäistä potilastietojärjestelmää. Myös sosiaalihuollossa on käytössä yhtenäinen maakunnallinen asiakastietojärjestelmä.

Palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden näkökulmasta Pohjois-Karjala menestyy valtakunnallisessa vertailussa hyvin vammaispalveluissa, työttömien terveystarkastusten järjestämisessä, ympärivuorokautisessa kotihoidossa ja lastensuojelun tarpeen arvioinnissa. Vanhuspalvelujen kuntoutussuunnitelmien tekemisessä Pohjois-Karjala oli maakunnista paras. Huomiota vaativia alueita ovat perusterveydenhuollon hoitoon pääsy ja koulutusryhmien väliset erot hoidon saatavuudessa. Hoidotakuu toteutuu kuitenkin täysin, ja aito mahdollisuus terveysaseman valintaan koettiin verrattain hyväksi. Koululääkäreiden henkilöstömitoitus oli selvästi alle valtakunnallisen mitoitussuosituksen. Myös opiskeluhuoltopalveluiden psykologien ja kuraattorien työpanos oli maan keskiarvoa pienempi. Erikoissairaanhoidon palveluja käytetään Pohjois-Karjalassa maan keskiarvoa enemmän. Päivystysaikana ja ensiavun kautta tulevien potilaiden suuri osuus voi heijastaa maakunnan muun terveydenhuollon puutteita ja pitkiä odotusaikoja suunniteltuun hoitoon.

Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot olivat 3 433 euroa asukasta kohden vuonna 2016. Tämä oli 13 prosenttia enemmän kuin koko maassa keskimäärin. Palvelutarve on kuitenkin keskimääräistä suurempi, minkä takia sekä sosiaali- ja terveydenhuollon tarvevakioidut kokonaismenot että terveydenhuollon tarvevakioidut menot olivat 4 prosenttia alhaisemmat koko maan tasoon verrattuna.

Pohjois-Karjalan maakunnan sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus (sisältää pelastustoimen) lisääntyy siirtymäkauden jälkeen 5,7 prosenttia. Lisäys on asukasta kohden 197 euroa ja yhteensä 33,1 miljoonaa euroa. Lisäys on asukasta kohden maan korkein ja parantaa palvelujen järjestämisen taloudellisia resursseja merkittävästi. Pidemmän aikavälin haasteena on kuitenkin maakunnan vähenevä väestö, mikä tulee pienentämään kokonaisrahoitusta. Pohjois-Karjalan vahvuus tulevien sote-palvelujen järjestämisessä on vuonna 2017 toteutettu organisaatiouudistus, jossa perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito ja sosiaalipalvelut integroitiin ja alettiin järjestää ja tuottaa kattavasti yhdessä maakunnallisessa organisaatiossa. Myös sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmien yhtenäistämässä Pohjois-Karjala on muuta maata pidemmällä.

Palvelujen järjestämisen yleiset edellytykset

Maakunnan alue ja väestö

Pohjois-Karjalan maakunta koostuu 13 kunnasta, jotka muodostavat kolme seutukuntaa. Maakunnan väestömäärä oli vuoden 2016 lopussa 164 085 asukasta. Hieman alle puolet väestöstä asuu Joensuun kaupungissa ja kolme neljäsosaa Joensuun seutukunnan alueella. Maakunnan muista kunnista Kontiolahdella, Liperissä, Lieksassa ja Kiteellä on yli 10 000 asukasta. Maakunnan kahden pienimmän kunnan, Valtimon ja Rääkkylän, asukasluku on hieman yli 2000 henkeä. Maakuntaudistuksen myötä Heinäveden kunta siirtyy vuoden 2020 alussa Etelä-Savosta Pohjois-Karjalaan.

Alueellinen vauraus

Bruttokansantuote asukasta kohden oli vuonna 2015 Pohjois-Karjalan maakunnassa 29 174 euroa, mikä on alle koko maan keskiarvon (38 248 euroa / asukas), mutta samaa tasoa muiden Itä-Suomen maakuntien kanssa. Taloudellinen huoltosuhde oli vuonna 2016 Pohjois-Karjalassa 176, mikä on selvästi korkeampi kuin koko maan huoltosuhde (143).

Vuonna 2015 Pohjois-Karjalan työllinen työvoima oli 59 593 henkilöä, joista 6,1 prosenttia työskenteli alkutuotannossa, 21,9 prosenttia jalostuksessa ja 70,8 prosenttia palveluissa. Samoin kuin maakunnan väestö, myös työpaikat keskittyivät Joensuun seudulle.

Vuonna 2016 Pohjois-Karjalan työllisyysaste oli 60,6 prosenttia, mikä on selvästi matalampi kuin koko maan keskiarvo (68,7 %). Valtakunnallisesta trendistä poiketen maakunnan työllisyysaste laski edellisestä vuodesta (63,0 %). Vuoden 2016 lopussa Pohjois-Karjalassa oli 13 247 työtöntä työnhakijaa, heistä 42 prosenttia oli naisia ja 58 prosenttia miehiä. Työttömien osuus työvoimasta oli 17,5 prosenttia, mikä oli koko maan korkein luku.

Väestönkehitys

Väestön ikärakenne on Pohjois-Karjalassa hieman koko maan keskiarvoa korkeampi: alle 15-vuotiaita on 14,4 prosenttia, työikäisiä (15–64 vuotta) 61,5 prosenttia ja 65 vuotta täyttäneitä 24,1 prosenttia. Maakunnan väkiluku on vähentynyt kymmenen viime vuoden aikana lähes 4 000 hengellä. Maakunnan sisällä väestö keskittyy Joensuun kaupunkiin ja muutamaan lähikuntaan. Luonnollinen väestömuutos on ollut Pohjois-Karjalassa negatiivinen vuodesta 1996 lähtien. Samoin maan sisäinen nettomuutto on ollut 20 vuoden ajan negatiivinen, mutta sitä on kompensoinut positiivinen nettomaahanmuutto. Vuoden 2016 luonnollinen väestömuutos oli -631, maan sisäinen muutto -512 ja nettomaahanmuutto 484. Pohjois-Karjalan väestön on arvioitu vähenevän tulevaisuudessaakin. Tilastokeskuksen ennusteen mukaan vuonna 2030 maakunnassa on 163 265 asukasta.

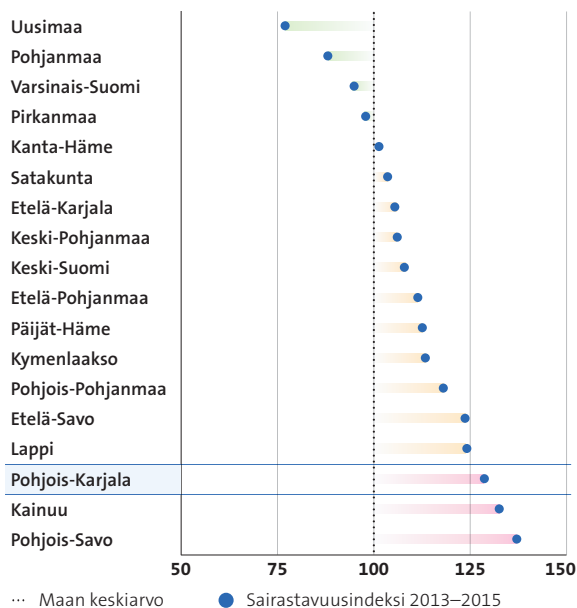
Väestön koulutus rakenne on Pohjois-Karjalassa hieman koko maan keskitasoa matalampi. Perusasteen jälkeisen tutkinnon suorittaneiden osuus 15 vuotta täyttäneistä on Pohjois-Karjalassa (71,4 %) sama kuin maassa keskimäärin (71,3 %). Koulutustaso on korkein Joensuun seudulla, jossa tutkinnon suorittaneiden osuus vuonna 2016 oli 73,8 prosenttia. Pielisen Karjalassa ja Keski-Karjalassa tutkinnon suorittaneita oli 63,3 ja 64,8 prosenttia. Keskiasteen tutkinnon suorittaneita oli Pohjois-Karjalassa 46,3 prosenttia (koko maassa 40,2 %) ja korkea-asteen (alin korkea-aste, alempi korkeakouluaste, ylempi korkeakouluaste, tutkijakoulutus) suorittaneita 25,1 prosenttia (koko maassa 30,4 %). Korkeakoulututkinnon suorittaneita oli Pohjois-Karjalassa 16,4 prosenttia.

Väestön hyvinvointi ja terveys

THL:n sairastavuusindeksi kuvaa suomalaisten kuntien ja alueiden väestön sairastavuutta suhteessa koko maan tasoon (koko maan indeksi 100). Ajanjaksolla 2013–2015 Manner-Suomen maakuntien ikävakioimaton keskiarvo oli 76,7–137,4. Pohjois-Karjalan väestön ikävakioimaton indeksi oli 128,9 eli selvästi koko maan keskiarvoa korkeampi. Pohjois-Karjalan sairastavuusindeksi on maakunnista kolmanneksi korkein Pohjois-Savon ja Kainuun jälkeen. Sairastavuusindeksin kehitys on kuitenkin ollut Pohjois-Karjalassa koko maan ja naapurimaakuntien kehitystä parempi. Vuosina 2000–2002 koko maan indeksi oli 106,3 ja vuosina 2013–2015 (vertailuvuosi) 100. Pohjois-Karjalassa vastaavat indeksiluvut olivat 144,8 ja 128,9.

Kuvio 1

THL:n sairastavuusindeksi, ikävakioimaton (2013–2015).



Maakunnan sisäiset erot sairastavuusindeksissä olivat kohtalaisen suuret. Vuosina 2013–2015 sairastavuus oli vähäisintä Joensuun ympäristössä ja suurinta maakunnan itäisillä ja pohjoisilla alueilla. Indeksillä oli matalin Kontiolahdella (94,3) ja korkein Juuassa (168,7). Joensuussa indeksi oli 113,3.

Toimeentulotukea sai vuonna 2016 Pohjois-Karjalan väestöstä 8,2 prosenttia, mikä on hieman korkeampi kuin koko maan toimeentulotukea saaneiden osuus (7,2 %). Toimeentulotuen saajia oli maakunnassa yhteensä 9 432.

Palvelujärjestelmän toiminnan edellytykset

Maakunnan organisoituminen

Vuonna 2017 toimintansa aloittanut Siun sote vastaa pääosin Pohjois-Karjalan julkisen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sekä sosiaalipalvelujen tuotannosta. Rääkkylän ja Tohmajärven palvelut tuottaa Attendo. Sopimus on voimassa vuoden 2017 loppuun yhden vuoden jatko-optiolla. Maakunnan sote-uudistuksen valmistelu rakentuu pitkälti Siun soten nykyisen järjestelmän pohjalta.

Maakuntauudistuksen valmistelusta vastaa maakuntahallituksen alainen väliaikainen valmistelutoimielin (VATE). Valmistelu on jaettu kolmeen keskeiseen tehtäväalueeseen: (1) tehtävät ja palvelut, (2) hallinto ja tukipalvelut ja (3) osallisuus ja viestintä. Sote-valmistelu tapahtuu pääosin tehtävät ja palvelut -tehtäväalueella. Sote-valmistelutiimi aloitti toimintansa 1.9.2017. Tehtävät ja palvelut -tehtäväalueella toimii yhdeksän valmisteluryhmää, joista neljän toimiala liittyy läheisesti sote-valmisteluun (SOTE/Siun sote, hyvinvointi ja terveys, varautuminen ja ympäristö).

Pohjois-Karjalan keskussairaalan uusi päivystysosasto on rakenteilla, ja sen rinnalla tehdään koko päivystystoimintaa koskeva peruskorjaus ja laajennus. Hankkeen kustannusarvio on 44,3 miljoonaa euroa. Saneeraus valmistuu vuoden 2020 aikana. Sairaala on rakennettu 1950-luvulla ja peruskorjattu 1990-luvulla. Uudisrakennus ja saneeraus päivittävät sairaalan päivystystilat tämän hetken vaatimuksia vastaaviksi. Pohjois-Karjalan keskussairaala on jatkossa yksi maan 12:sta laajan päivystyksen sairaalasta. Saneerauksessa on huomioitu myös Itä-Suomen yliopiston lääketieteen klinisen opetuksen tarpeet. Sairaalan muiden osien saneeraus on suunniteltu toteutettavaksi vuosina 2020–2024. Saneerauksen alustava kustannusarvio on 84,8 miljoonaa euroa.

Maakunnan alueella olevien terveysasemien vuosiksi 2020–2024 suunniteltujen rakennus- ja saneeraustoimien alustava kustannusarvio on 29,5 miljoonaa euroa. Tämän hetken suunnitelmien mukaan kunnat tekevät investoinnit ja maakunta maksaa investointikustannukset kunnille tilavuokrina.

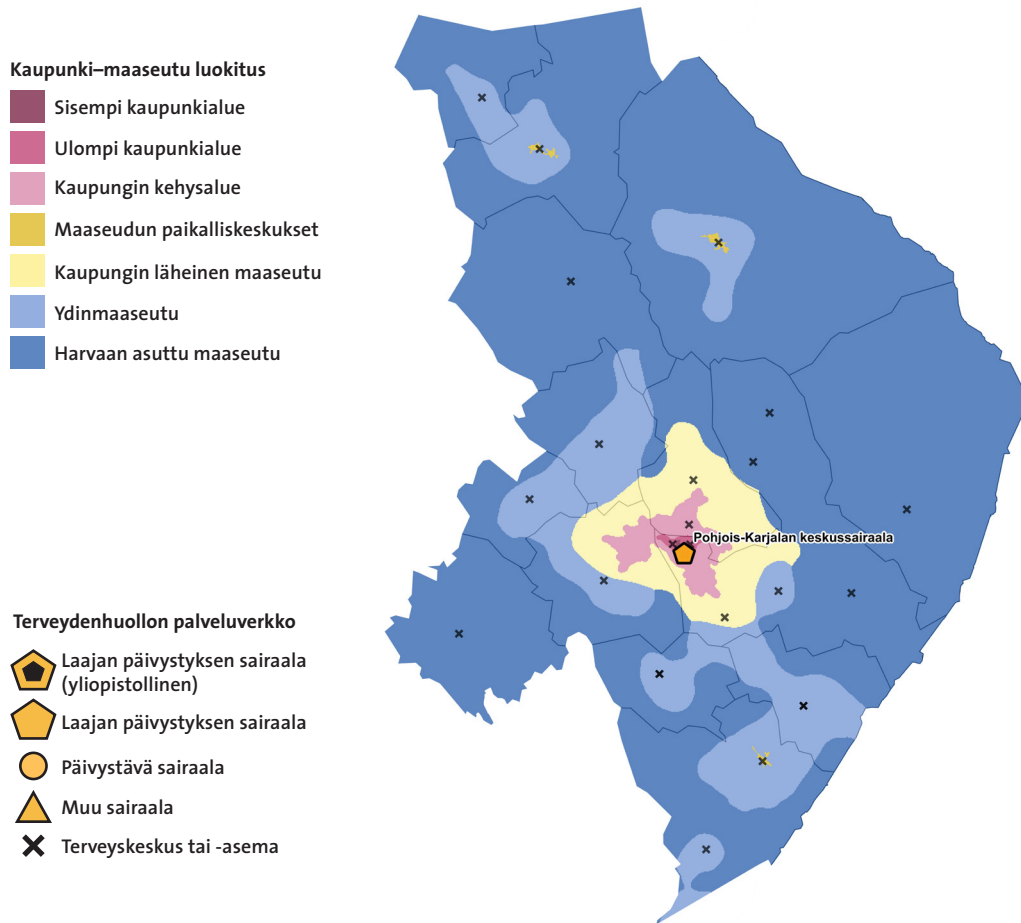
Siun sote on valmistautunut osallistumaan tulevaan valinnanvapauden pilottihankkeiden rahoitushakuun. Terveiden ja hyvinvoinnin edistämiseen liittyviä asioita ja tulevaa kuntien ja maakuntien välistä yhteistyötä ja työnjakoa valmistellaan hyvinvointi ja terveys -valmisteluryhmässä.

Taloudelliset edellytykset

Pohjois-Karjalan maakunnan sosiaali- ja terveystaloudet laskennallinen lähtötaso vuonna 2017 oli 577,2 miljoonaa euroa (sisältää pelastustoimen). Siirtymäkauden jälkeen vuoden 2022 alusta lähtien rahoitus on 610,3 miljoonaa euroa. Maakunnan sosiaali- ja terveystaloudet järjestämiseen käytettävissä oleva rahoitus kasvaa noin 5,7 prosenttia, mitä voidaan pitää merkittävänä resurssilisäyksenä. Asukasta kohden lisäys on 197 euroa.

Kuvio 2

Pohjois-Karjalan maakunnan terveydenhuollon palveluverkko ja kaupunki-maaseutu -luokitus (SYKE).



Vuonna 2016 sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot olivat Pohjois-Karjalassa 3 433 euroa asukasta kohti. Tämä oli 13 prosenttia enemmän kuin koko maassa keskimäärin. Alueen palvelutarve oli kuitenkin keskimääräistä suurempi (tarvekerroin 1,18), minkä vuoksi tarvevakioidut menot olivat 4 prosenttia alhaisemmat kuin koko maassa keskimäärin. Samoin, kun tarkastellaan menoja ilman sosiaalihuoltoa, tarvevakioidut menot olivat 4 prosenttia alhaisemmat kuin koko maassa keskimäärin.¹

¹ Tarvevakioiduista menoista nähdään, miten maakuntien menot suhteutuvat muiden maakuntien menoihin tai maan keskiarvoon. Tarvetekijöinä on huomiotu ikä- ja sukupuolirakenne, sairastavuus ja sosioekonominen asema. Tarvevakioitujen menojen perusteella ei voi tehdä suoria johtopäätöksiä toiminnan kustannusvaikuttavuudesta. Laskennallinen tarvekerroin ei huomioi kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollon menoihin vaikuttavia tekijöitä. Tarvevakioitujen menojen laskennassa ei myöskään huomioida alueiden välisiä eroja yksityisten palveluiden tai työterveyspalveluiden saatavuudesta. Toisin sanoen, jos maakunnan tarvevakioidut menot ovat alhaiset, se voi johtua esimerkiksi tehokkuudesta tai huonosta julkisten palveluiden saatavuudesta tai runsaasta yksityisten palveluiden tai työterveyspalveluiden käytöstä. Jos maakunnan tarvevakioidut menot poikkeavat merkittävästi maan keskiarvosta, tulee muiden indikaattorien avulla tarkastella tarkemmin, mistä tämä voisi johtua. Tarvevakioituja menoja ei voi suoraan verrata aikaisempien vuosien tietoihin.

Palveluverkko

Pohjois-Karjalassa on jo toteutettu keskeisten sosiaali- ja terveyspalvelujen integrointi maakunnallisena hankkeena. Sosiaali- ja terveyspalvelujen lisäksi Siun sote vastaa ensihoidosta, pelastustoimesta ja varautumisesta sekä ympäristöterveydenhuollosta. Hankkeessa on pyritty huomioimaan myös tulevat kunta-maakunta-yhteistyöalueet kuten väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen.

Pohjois-Karjalan tietotekniikkakeskus Oy (PTTK) vastaa pääosin maakunnan ICT-palveluista. Pohjois-Karjalan perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido käyttävät yhtä yhtenäistä potilastietojärjestelmää (Mediatri). Tietojärjestelmä on rakenteellinen ja mahdollistaa jo nyt standardoidun tiedon kirjaamisen ja hakemisen. Myös sosiaalihuollossa on käytössä yhtenäinen maakunnallinen asiakastietojärjestelmä (Pro-Consona).

Itä-Suomen laboratoriotietokeskuksen liikelaitoskuntayhtymä (ISLAB) tuottaa Pohjois-Karjalan julkisen terveyden- ja sairaanhoidon laboratorioterveystoimintaa. Siun soten lisäksi ISLABin osakkaina ovat Pohjois-Savon ja

Itä-Savon sairaanhoitopiirit sekä Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä (Essote).

Maakunnan kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveydenhuollon hankinnoista vastaa pääosin Joensuun kaupungin konserniin kuuluva hankintatoimisto. Taloushallinnosta vastaa Siun talous Oy.

Tulevaan yhteistoiminta-alueeseen (nykyinen KYS-erityisvastuualue) kuuluvat Etelä-Savon, Keski-Suomen, Pohjois-Karjalan ja Pohjois-Savon maakunnat. Alueen yhteenlaskettu väestömäärä on 815 093 asukasta. Yhteistoiminta-alueella on käynnistynyt lakiehdotuksen mukaisen yhteistyösopimuksen valmistelu. Tavoitteena on laatia suunnitelma toimenpiteistä, joilla sote-palvelujen yhdenvertainen saatavuus Itä- ja Keski-Suomen alueella varmistetaan. Yhteistyösopimuksen tulisi lisäksi kattaa työnjakoon liittyvät keskeiset investointisuunnitelmat (mukaan lukien ICT) sekä henkilöstön yhteiskäyttöön liittyvät toimet, logistiikka-asiat, yhteiset vaikuttavuusmittarit ja toiminnan ohjaukseen liittyvät järjestelmät sekä ensihoitokeskuksen toiminnan järjestäminen. Yhteistyösopimuksessa on tarkoitus sopia myös maakuntien yhteistyöstä ja työnjaosta koulutuksen, tutkimuksen ja kehittämistoiminnan toteuttamisessa.

Kartassa on kuvattu maakunnan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon palveluverkko korkealla tasolla ilman psykiatrista sairaanhoitoa, sosiaalipalveluita ja yksityistä palvelutuotantoa. Kartassa on hyödynnetty Suomen ympäristökeskuksen ja Oulun yliopiston maantieteen laitoksen kehittämää kaupunki–maaseutu-luokitusta. Maakuntarajat on muodostettu hallituksen esityksen 15/2017 mukaisesti.

Henkilöstöresurssit

Siun soten palveluksessa oli vuoden 2018 alussa noin 7 600 työntekijää ja viranhaltijaa, joista 6 800 sosiaali- ja terveydenhuollossa, 750 pelastustoimessa ja varautumisessa ja 50 ympäristöterveydenhuollossa. Siun soten henkilöstön osuus on noin 95 prosenttia uuteen maakuntaan siirtyvän henkilöstön kokonaismäärästä (noin 8 000).

Lääkäriliiton selvityksen mukaan Pohjois-Karjalan terveyskeskuksissa työskenteli vuoden 2017 lopussa 117 lääkärinä. Tehtävistä valtaosa hoiti virkälääkäri (tai sijainen). Ainoastaan 16 terveyskeskuslääkärin tehtävät (14 %) oli hoidettu ostopalveluna tai ulkoistamalla. Lääkärirekrytoinnin haasteena on erikoislääkäreiden saatavuus, mukaan lukien hammaslääkärit ja työterveyslääkärit.

Perusterveydenhuollon lääkäreiden, sairaanhoitajien ja lähihoitajien saatavuudessa on maakunnan sisäisiä eroja. Saatavuus on heikoin maakunnan pohjoisilla alueilla. Hoiva-avustajia koulutetaan hyvin koko alueella, ja heitä on riittävästi. Psykologeja koulutetaan Itä-Suomen yliopistossa, ja heidän saatavuutensa on hyvä. Puheterapeuteista on valtakunnallisesti julkisella sektorilla pulaa. Pohjois-Karjalassa on tällä hetkellä 12 puheterapeutin vaje. Sosionomien saatavuus on koko alueella hyvä, mutta sosiaalityöntekijöistä on pulaa. Suuhygienistien ja hammashoitajien tehtäviin on ajoittain rekrytointivaikeuksia.

ICT-ratkaisut

Pohjois-Karjalan tietotekniikkakeskus Oy (PTTK) vastaa pääosin maakunnan ICT-hankinnoista ja -palveluista. PTTK kehittää yhteistyössä Siun soten kanssa maakunnallista sosiaali- ja terveydenhuollon tietovarantoa ja raportoinnin työkaluja. Pohjois-Karjalan perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito käyttävät yhtä yhtenäistä potilastietojärjestelmää (Mediatri). Myös sosiaalihuollossa on käytössä yhtenäinen maakunnallinen asiakastietojärjestelmä (ProConsona).

Siun sote on maakunnan sote-kuntayhtymäedustajana mukana UNA-kehitystyössä sekä ODA-hankkeessa. Pohjois-Karjalaan ollaan suunnittelemassa kokonaisvaltaista etäasioinnin ratkaisua, joka tulisi palvelemaan soten lisäksi myös maakunnan muuta etäpalvelutuotantoa. Maakunnan valmisteluorganisaatioon on perustettu työryhmät ICT- ja digipalvelujen valmistelua varten.

Sosiaali- ja terveystalvet kustannukset

Sosiaali- ja terveystalvet kustannusten kehitys

Sosiaalitalvet ja terveydenhoidon kustannuksia on arvioitu menetelmin, joita on pitkään käytetty EU:n fiskaalisen kestävyyden metodologian mukaisesti näiden talvetiden menopaineen kehityksen arvioinnissa. Metodologia kattaa sosiaalitalvetiden, terveydenhoidon ja tulonsiirtojen rakenteen varsin yksityiskohtaisesti. Sen ytimessä on menojen linkittäminen eri ikäryhmiin, jolloin väestöennusteen perusteella on arvioitavissa, kuinka talvetiden volyymi kehittyy tulevaisuudessa. Arvioon liitetään myös oletuksia reaali-palkkojen ja inflaation kehityksestä, jotka fiskaalisen kestävyyden arvioinnissa linkittyvät nekin yhteiseen EU-metodologiaan. EU-metodologia ei ulotu käytettyihin laskentamalleihin asti, ehkä siksikin, että hyvinvointitalvetiden ratkaisussa on EU-maiden välillä suuria eroja. Suomessa hoiva-alojen ja tulonsiirtojen kokonaisuutta arvioidaan SOME-mallilla.

Simulaatioharjoitusta varten SOME-malli on alueellistettu, ja sitä käytetään aluksi sosiaalitalvetuihin ja terveydenhoitoon sivuuttaen tulonsiirrot ja mm. eläkkeet. Arviointi kattaa keskeiset laitos- ja avohoidon talvetlumuodot sekä perusterveydenhoidon ja erikoissairaanhoidon eri muodot. Arvioinnissa on käytetty

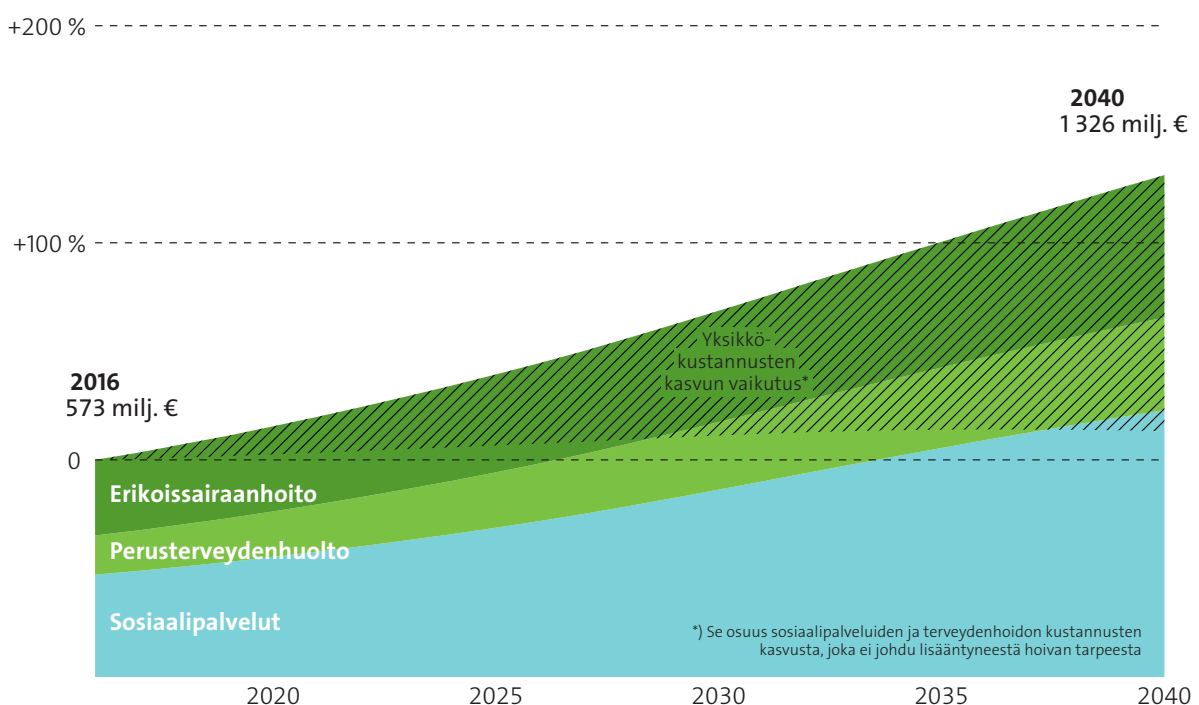
tuoreimpia, kuntatilastosta koottuja laskennallisia nettokustannustietoja, jotka kattavat vuoden 2016. Suurimpina menoerinä koko maan tasolla erottuvat erikoissairaanhoidon sairaalahoido (noin 3 miljardia euroa) ja avohoido (noin 2,3 miljardia euroa) sekä toisaalta vanhusten ja vammaisten eriaisteiset asuminen- ja laitoshoitotalvet, joiden yhteiskustannukset ovat lähes erikoissairaanhoidon luokkaa.

Tässä vaiheessa malli on toteutettu nykyisen maakuntajaon mukaisesti; maakuntien kustannuksista on käytettävissä ajantasaista tietoa. Aluejako on suhteellisen helposti päivitettävissä järjestämisvastuita vastaavaksi. Sen sijaan eri toimenpiteiden ja niiden kustannusten jakautumisesta väestön ikäluokkien välillä ei vielä ole ollut käytettävissä kattavaa alueellista tietoa. Tässä on siksi oletettu, että jakauma maakunnissa vastaa koko maan jakaumaa. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että arvioinnissa voi syntyä eroja maakuntien välillä vain väestön ikärakenteesta tapahtuvien muutosten vuoksi.

Kuviossa on esitetty arvio sosiaali- ja terveystalvetiden kustannusten kehityksestä Pohjois-Karjalassa vuosina 2016–2040. Kuvioon on koottu kustannukset pääluokittain. Oletuksena on, että kaikissa pääluokissa vuotuinen reaali-palkkojen ja kuluttajahintojen kautta syntyvä kustannuspaine on yhteensä kolme prosenttia. Lisäksi siihen on kuvattu pelkästään ikärakenteen muutoksesta johtuva kasvu. Näillä oletuksilla koko maan kustannukset kasvavat vuoteen 2030 mennessä 77 prosenttia ja väestö 4,6 prosenttia; vanhusväestön

Kuvio 3

Arvio sosiaali- ja terveystalvetiden kustannusten kehityksestä Pohjois-Karjalan maakunnassa vuosina 2016–2040.



määrä kasvaa reilut 30 prosenttia. Vuoteen 2040 koko maan kustannukset puolitoistakertaistuvat, kun taas väestö kasvaa 6,4 prosentilla ja vanhusväestö lähes 37 prosentilla.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten ennakoidaan Pohjois-Karjalassa kasvavan vuodesta 2016 vuoteen 2030 noin 69 prosentilla ja vuosina 2016–2040 kaikkiaan noin 131 prosentilla. Maakunnan väestö supistuu vuosina 2016–2030 vajaalla puolellatoista prosentilla ja vuoteen 2040 kaikkiaan kolmella prosentilla. Vanhusväestön määrä kasvaa runsaalla 28 prosentilla vuoteen 2030 mennessä mutta alkaa supistua 2040-luvulla. Väestön määrän kääntymisen laskuun hillitsee Pohjois-Karjalan kustannusten kasvua koko maan keskiarvoon verrattuna.

Somaattisen erikoissairaanhoidon tarvevakioidut menot ja tuottavuus

Erikoissairaanhoidon asukaskohtaisia kustannuksia voidaan tarkastella suhteessa alueiden palvelutarpeeseen. Somaattisen erikoissairaanhoidon kustannuksiin vaikuttavat tekijät voidaan jakaa kahteen osaan: palvelujen käyttöön ja tuottavuuteen. Palvelujen käytöllä tarkoitetaan sitä, kuinka paljon alueen väestö on käyttänyt palveluja suhteessa maan keskitasoon. Palvelujen käyttöä mitataan niin sanotuilla painotetuilla hoitokeksodeilla¹, jotka huomioivat alueiden erilaiset potilasrakenteet. Tuottavuus taas kuvaa sitä, kuinka edullisesti alueen potilaat on hoidettu. Tuottavuutta mitataan painotettujen episodien kustannuksilla.

Tarvevakioinnilla otetaan puolestaan huomioon alueiden erot ikärakenteen, sairastavuuden sekä tiettyjen sosioekonomisten tekijöiden välillä. Erikoissairaanhoidon tarvetta selittää osin eri tekijät kuin yleistä sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetta, ja tähän on laskettu eri tarvekerroin². Jakamalla laskennalliset kustannukset (asukasta kohti) erikoissairaanhoidon tarvekertoimella saadaan tarvevakioidut erikoissairaanhoidon kustannukset asukasta kohti. Kun ne jaetaan edelleen tuottavuudella³, saadaan vakioidut episodit asukasta kohti eli tarvevakioitu erikoissairaanhoidon käyttö.

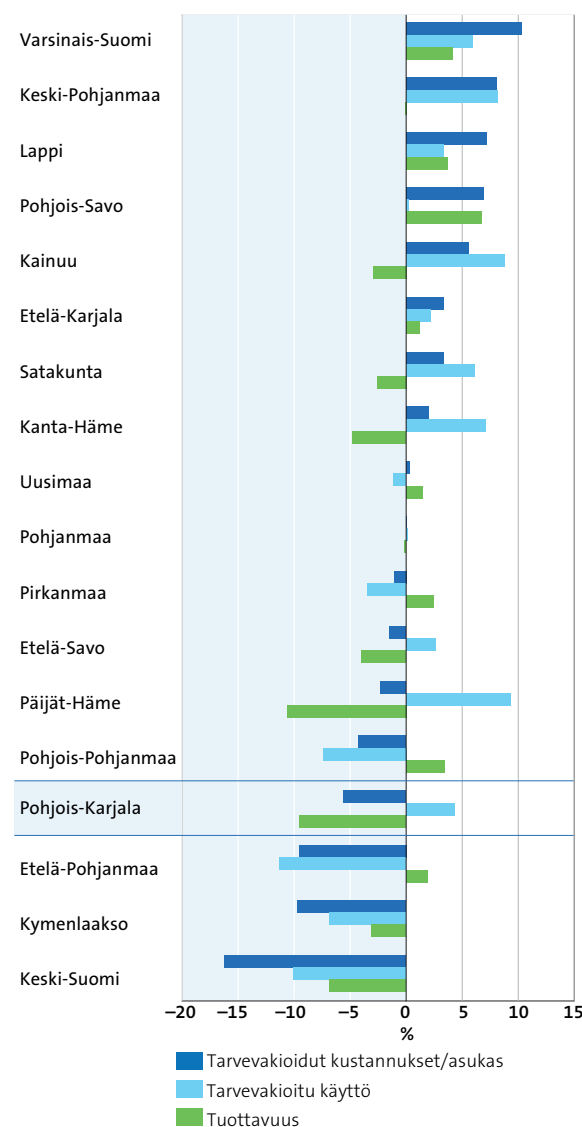
Korkeimmat tarvevakioidut erikoissairaanhoidon menot asukasta kohti laskettuna olivat vuonna 2016 Varsinais-Suomessa (kuvio 4), missä ne ylittivät maan keskitason kymmenellä prosentilla. Euromääräisesti tämä tarkoittaa, että Varsinais-Suomessa käytettiin vuodessa noin 10 prosenttia asukasta kohti enemmän rahaa somaattiseen erikoissairaanhoidon kuin maassa keskimäärin; tämä johtuu kuusi prosenttia keskimää-

räistä suuremmasta palvelujen käytöstä ja neljä prosenttia huonommasta tuottavuudesta. Keski-Suomessa vastaavat kustannukset olivat 15 prosenttia koko maan keskitasoa alhaisemmat, ja syynä on sekä keskimääräistä vähäisempi palvelujen käyttö että parempi tuottavuus. Mitä suurempi positiivinen prosenttiluku, sitä suuremmat kustannukset maan keskitasoon verrattuna. Jos tuottavuus on maan keskitasoa parempi, se näkyy poikkeamana negatiivisen prosenttiluvun suuntaan.

Pohjois-Karjalassa somaattisen erikoissairaanhoidon tarve oli 14 prosenttia maan keskitasoa korkeampi. Somaattisen erikoissairaanhoidon tarvevakioidut kustannukset asukasta kohti olivat seitsemän prosenttia pienemmät kuin koko maassa keskimäärin. Erikoissairaanhoidon tarvevakioitua käyttöä oli kolme prosenttia enemmän kuin maassa keskimäärin.

Kuvio 4

Somaattisen erikoissairaanhoidon tarvevakioitujen menojen sekä palvelujen käytön ja tuottavuuden poikkeama maan keskiarvosta (%) maakunnittain vuonna 2016.



1 Häkkinen, P. & Matveinen P. (2015)

2 Vaalavuo, M. ym. (2013) tutkimuksen aineistoon pohjautuen.

3 Tuottavuus = laskennalliset kustannukset € / episodi, indeksi koko maassa = 100

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen (HYTE) valmistelu etenee maakunnassa keskitasoisesti syksyllä 2017 tehdyn HYTE-maakuntakierroksen perusteella. HYTE-toiminnan suunnitellaan olevan osa maakunnan keskushallintoa. Maakuntavalmistelussa HYTE-toiminnan suunnitteluun on nimetty erillinen ryhmä, mutta toistaiseksi ei HYTE-koordinaattoria.

Arvioimme maakunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen *toimintaa* Pohjois-Karjalan kunnissa tehdyn työn näkökulmasta: mitkä ovat toiminnalliset ja organisatoriset lähtökohdat maakunnallisen HYTE-toiminnan käynnistyessä alueella? Tätä silmällä pitäen on valittu myös indikaattorit, joita seuraavassa käytetään arvioinnin pohjana. Indikaattorit painottuvat terveyssektorille, sillä toistaiseksi käytettävissä olevat sosiaalitoimen indikaattorit kuvaavat lähinnä palvelujärjestelmän toimintaa, jolloin toivottavan tavoite-tason määrittäminen on vaikeampaa kuin vaikkapa terveydentilassa.

Kahdessatoista alueen kunnassa on valtuustossa hyväksytty hyvinvointikertomus. Vain noin joka toisessa kunnassa (6) on joko oma (1) tai useamman kunnan yhteinen (5) hyvinvointikoordinaattori tai -suunnittelija. Väestöryhmien välisistä terveyseroista on raportoitu valtuustolle kahdeksassa kunnassa. Vain kahdessa alueen kunnassa on tehty päätös ennakkoarvioinnin käytöstä kuntalaisten hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavien päätösten valmistelussa. Osallisuuden edistämiseksi yhdeksän alueen kuntaa on kuvannut verkkosivuillaan kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia. Perusterveydenhuollon asiakkaista 12 / 10 000 asiakasta (koko maassa 26,7 / 10 000) oli saanut lääkäriltä, hoitajalta, fysioterapeutilta tai toimintaterapeutilta liikuntaan liittyvää ohjausta tai neuvontaa.

Maakunnan HYTE-toiminnan tarvetekijöitä on arvioitu tunnusluvuilla, joilla on selvä yhteys asukkaiden hyvinvointiin ja terveyteen; näihin asioihin myös maakunta ja kunnat voivat yhdessä vaikuttaa. Osa vaikuttavista toimista on sellaisia, että ne edellyttävät sektorirajat ylittävää yhteistyötä, osaan taas tarvitaan alueellista yhteistyötä joko kuntien ja maakunnan välillä tai kuntien kesken. Vaikeimmat HYTE-toiminnan tarvetta synnyttävät ilmiöt edellyttävät kaikkien osapuolten yhteistyötä. Tällaisia ovat esimerkiksi rakennetyöttömyys ja jääminen koulutuksesta syrjään. Rakennetyöttömyys eli vaikeasti työllistyvien osuus alueen 15–64-vuotiaista on Suomen kolmanneksi

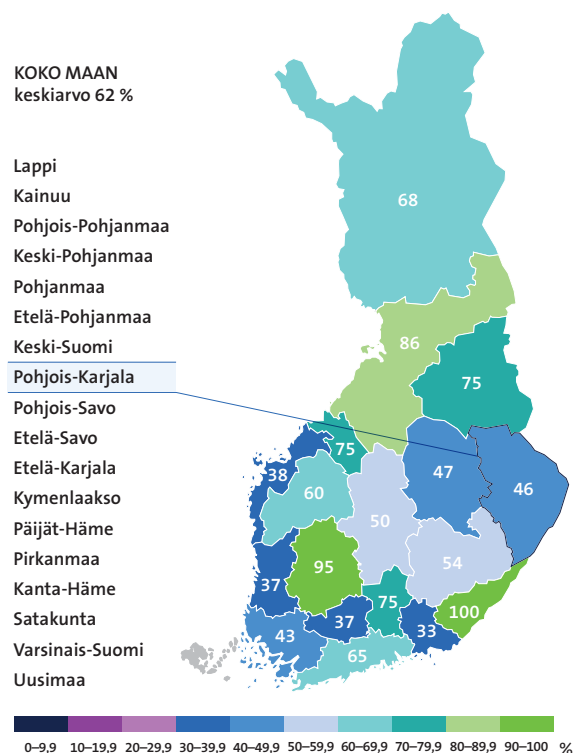
korkein, 7,9 prosenttia (koko maassa 6,2 %). Niiden 17–24-vuotiaiden osuus, joilla ei ole peruskoulun jälkeistä tutkintoa, on 7,1 prosenttia (koko maassa 8,3 %). ARA-asuntojen osuus maakunnassa kuvaa sosiaaliseen tarkoituksenmukaisuuteen ja taloudelliseen tarpeeseen perustuvan asuntokannan osuutta koko asuntokannasta. Maakunnassa osuus on 13 prosenttia asuntokannasta, mikä on hieman yli maakuntien keskiarvon (koko maassa 12,1 %).

Lihavien aikuisten osuus on 18,8 prosenttia (koko maassa 18 %), ja sadan metrin matkan juoksemisessa suuria vaikeuksia on 13,8 prosentilla (koko maassa 12 %:lla). Korkeasti koulutetuista 19,9 prosenttia (koko maassa 15 %) ja matalan koulutuksen saaneista 43,6 prosenttia (koko maassa 36 %) ilmoittaa, että ei todennäköisesti jaksa työskennellä vanhuuseläkeikään saakka. Molemmat luvut ovat selvästi maan keskitasoa heikompia.

Tarttuvien tautien tunnusluvuksi on tässä tarkastelussa valittu alueella todettujen klamydiainfektioiden määrä. Maakunta on kuuden kärkisijaa pitävän maakunnan joukossa (187 tapausta / 100 000 asukasta), mutta tilanne on kuitenkin kansallista keskiarvoa parempi (242 tapausta / 100 000 asukasta).

Kuvio 5

HYTE-koordinaattori tai suunnittelija kunnassa, % maakunnan kunnista



Maakuntavalmisteluun aikana maakunta organisoi toimintansa ja rakentaa yhteistyön mm. alueen kuntien kanssa asukkaiden osallisuuden, hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden lisäämiseksi. Tässä toiminnassa maakunta tulee olemaan keskeinen toimija. Arviointiin nyt (simulointiharjoituksessa) valittujen tunnuslukujen valossa vaikuttaa siltä, että alueen tarvetekijät ovat pääosin maan keskitasoa heikompia. Sairastavuus on maan neljänneksi korkeinta. HYTE-toiminta on vertailun perusteella maakunnan alueella Suomen keskitasoa. Merkittäviä kuntapäätöksiä ja tulevaisuudessa maakuntapäätöksiä valmisteltaessa on HYTE-toiminnassa kiinnitettävä huomiota paitsi tautien synnyn ja sosiaalisten ongelmien riskitekijöiden vähentämiseen myös osallisuuden edistämiseen, väestöryhmien eriarvoisuuden kaventamiseen ja vaikutusten ennakoarviointimenetelmien käyttöön-ottoon. HYTE-koordinaattorin tai -yhdyshenkilön nimeäminen suurempaan osaan alueen kunnista voisi edistää HYTE-toimintaa.

Ennaltaehkäisevät palvelut

Sosiaali- ja terveydenhuollon ehkäisevät palvelut ovat keskeisessä roolissa tuettaessa väestön terveyttä ja hyvinvointia. Ehkäisevien palvelujen kivijalan muodostavat äitiys- ja lastenneuvola sekä kouluterveydenhuolto, jotka tavoittavat koko ikäluokan. Nuorten osalta keskeisessä asemassa on opiskeluterveydenhuolto, joka tavoittaa suurimman osan ikäluokasta. Näiden palvelujen toteutumista on arvioitu terveys-tarkastusten näkökulmasta ”Lasten, nuorten ja perheiden palvelut” -osiossa. Tässä arvioidaan kuitenkin opiskeluhuoltopalvelujen psykologi- ja kuraattoriresurssien riittävyyttä. Vaikka psykologi- ja kuraattoripalvelujen järjestämisvastuu on suunniteltu kunnille, on ne huomioitava arvioitaessa maakunnan järjestämien opiskeluhuoltopalvelujen toimivuutta.

Tässä luvussa kuvataan muutamien tunnuslukuin perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnan ja suun terveydenhuollon toteutumista. Seulontojen osalta soveltuvat indikaattorit eivät olleet vielä saatavilla,

ja sosiaalihuollon ehkäisevien palvelujen arviointiin soveltuvat tiedot ovat vasta rakentumassa, kun sosiaalihuollon rakenteisia tietoja kehitetään. Iäkkäiden ennaltaehkäisevien palvelujen kokonaisuus on laaja. Tietoja esimerkiksi iäkkäiden neuvonta- ja neuvola-palveluista, asunnon muutostöistä tai kuntoutuksesta ei ole saatavilla. Tähän arviointiin on otettu ainoastaan omaishoidossa olevien saaman kotihoidon laajuus.

Tilannetta arvioitaessa on otettava huomioon potilastietojärjestelmän kirjaamiskäytäntöjen mahdollisten eroavaisuuksien vaikutus tietojen kattavuuteen.

Päihteiden tai tupakan käytöstä on alueella tehty strukturoitua kartoitusta muuta maata vähemmän. Vuonna 2017 on tehty 10 kartoitusta 10 000 asukasta kohden (koko maassa 21 / 10 000). Vuonna 2017 perusterveydenhuollossa oli kirjausten mukaan tehty työttömien terveystarkastuksia 6,2 prosentille työttömistä, mikä on eniten koko maassa (1,3 %). Terveystarkastuksia tulisi kuitenkin tehdä työttömille vielä huomattavasti enemmän, asiantuntijoiden arvion mukaan noin 30–40 prosentille vuosittain.

Yli 75-vuotiaiden omaishoitajien jaksamista tuetaan omaishoidossa olevien kotipalvelulla maan keskiarvoa enemmän. Omaishoidossa olevista 44,4 prosenttia on myös kotihoidon asiakkaita (koko maassa 37 %).

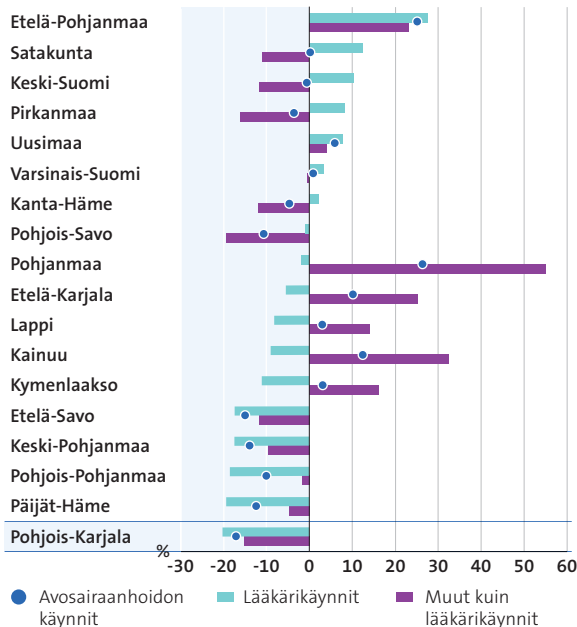
Lapset ja nuoret käyvät suun terveyden tarkastuksessa suuhygienistillä tai hammashoitajalla ollessaan ensimmäisellä, viidennellä ja kahdeksannella vuosiluokalla, muuten tarveperusteisesti. Alueen 0–17-vuotiailla on ollut 535 käyntiä terveyskeskuksen suuhygienistillä 1 000 vastaavanikäistä kohden vuoden aikana, mikä on selvästi enemmän kuin maassa keskimäärin (464 / 1 000). Tässä ikäryhmässä suuhygienistit tekevät pääasiassa ennaltaehkäisevää työtä sekä lisäksi (paikallisesta työnjaosta riippuen) oikomishoitoa.

Opiskeluhuoltopalveluiden psykologien työpanos on 2,6 tuntia sataa oppilasta kohden viikossa, ja se on vähemmän kuin koko maassa keskimäärin (3,1 tuntia / 100 oppilasta). Opiskeluhuoltopalveluiden kuraattorien työpanos on 3,3 tuntia sataa oppilasta kohden viikossa. Se on hieman vähemmän kuin maassa keskimäärin (4,8 tuntia / 100 oppilasta).

Perusterveydenhuolto

Kuvio 6

Maakunnan sairastavuusindeksillä korjattujen avosairaanhoidon käyntien poikkeama maan keskiarvosta, avosairaanhoidon käynnit yhteensä, lääkärikäynnit ja muut kuin lääkärikäynnit



Palvelujen saatavuutta arvioidaan palvelujen käytöllä ja hoitotakuun toteutumisella. Avosairaanhoidon käyntejä oli Pohjois-Karjalan alueella 2,0 asukasta kohden, mikä on 18 prosenttia vähemmän kuin maassa keskimäärin (keskiarvosta sairastavuusindeksillä korjattu käyntimäärä). Lääkärikäyntejä oli 20 prosenttia vähemmän ja muita kuin lääkärikäyntejä 15 prosenttia vähemmän kuin em. laskennallinen käyntimäärä. Kiireettömän vastaanottoajan varanneista 35 prosenttia pääsi lääkärin vastaanotolle viikon sisällä (koko maassa 42 %, vaihteluväli 25–69 %). Hoitotakuussa määrätty enimmäisaika (3 kk) ei kuitenkaan ylittynyt yhdelläkään perusterveydenhuollon avosairaanhoidon käynneistä (koko maassa 2,1 %, vaihteluväli 0–11 %).

Kyselytutkimusaineiston perusteella palveluita tarvinneista riittämättömästi terveyskeskuslääkärin palveluita saaneiden osuus oli suurin Pohjois-Karjalan alueella, 34 prosenttia, (vaihteluväli 21–34 %). Asiak-

kaista 26 prosenttia tunsivat voineensa osallistua omaan hoitoonsa (koko maassa 28 %, vaihteluväli 19–34 %). 55 prosenttia koki, että asiat olivat hoituneet sujuvasti ja että tieto oli kulkenut ammattilaisten välillä, mikä on eniten maakunnista (koko maassa 46 %, vaihteluväli 32–55 %). 63 prosentilla on mielestään ollut aito mahdollisuus valita terveysasema (koko maassa 67 %, vaihteluväli 57–77 %). Valinnan perustana olevaan tiedon määrään – mm. jonotusajoista ja laadusta – oli tyytyväisiä 31 prosenttia.

Terveysasemaa vaihtaneiden osuus 12 kuukauden aikana palvelua käyttäneistä oli Pohjois-Karjalan alueella 4,2 prosenttia (vaihteluväli 0,6–5,3 %).

Hoitajan vastaanotolla käyneistä vain 0,2 prosenttia kävi lääkärin vastaanotolla kolmen vuorokauden sisällä hoitajalla käynnistä. Määrä oli yhtä pieni kolmen maakunnan alueella. Maakuntien välillä vaihtelu oli tässä suurta (0,2–56,8 %); arvo kuvaakin toimintatapojen eroa. 0,97 prosenttia potilasta kävi terveyskeskuslääkärin vastaanotolla yli 10 kertaa vuodessa, osuus vaihtelee maakuntien välillä 0,58 prosentista 2,04 prosenttiin.

Hoitokäytäntöjen laatua arvioitiin tarkastelemalla mikrobilääkemääräyksiä epäspesifisen ylähengitystieinfektion hoidossa: Niiden potilaiden osuus, jotka saivat lääkemääräyksen antibioottia varten, vaihteli maakuntien välillä Etelä-Pohjanmaan 9,8 prosentista Pohjois-Karjalan 31,7 prosenttiin, maassa keskimäärin se oli 23 prosenttia. Mikrobilääkehoitoa ei yleensä tarvita em. sairauteen.

Perusterveydenhuollon avohoidon (pois lukien suun terveydenhoito) nettokäyttökustannukset olivat 62 milj. euroa. Asukasta kohden laskettuna se on 370 euroa. Maan keskiarvo oli 359 euroa (vaihteluväli 293–489 euroa).

Sairastavuusindeksillä korjattuun koko maan käyntimäärien keskiarvoon verrattuna perusterveydenhuollossa oli avosairaanhoidon vastaanottokäyntejä 18 prosenttia vähemmän. Lääkärikäyntejä oli 20 prosenttia ja muita käyntejä 15 prosenttia keskiarvoa vähemmän. Kiireettömän vastaanottoajan varanneista 35 prosenttia pääsi lääkärin vastaanotolle viikon sisällä, mikä on vähemmän kuin maassa keskimäärin. Kolmannes kokee saaneensa riittämättömästi palveluja, mikä on eniten koko maassa. Kuitenkin hoitotakuu toteutuu täysin. 63 prosentilla oli mielestään aito mahdollisuus valita terveysasema ja vaihtaneita oli 4,2 prosenttia.

Mielenterveys- ja päihdepalvelut

Mielenterveysindikaattorit on valittu siten, että niistä muodostuu kuva mielenterveysongelmien yleisyydestä ja erilaisten mielenterveyspalvelujen saatavuudesta ja käytöstä maakunnassa. Hoidon laadusta oli saatavilla niukasti indikaattoritietoa, mutta psykoosisairauksien osalta tarkasteltiin tahdosta riippumatonta hoitoa ja pakkotoimien käyttöä sekä sairaalahoidon pitkeymistä.

Päihdepalveluja koskevien indikaattoreiden pohjalta saa yleiskuvan alueen aikuisväestön päihteiden käytöstä sekä päihdeongelmiin ja päihteistä aiheutuviin sairauksiin liittyvästä palveluiden käytöstä. Sosioekonomisiin terveyseroihin keskeisesti vaikuttavaa alkoholikuolleisuutta tarkastellaan alimman tuloluokan alkoholinkulutuksen vuoksi menetettyjen elinvuosien määrän (PYLL, tieto vuodelta 2013) pohjalta, koska alkoholinkulutuksen muutokset näkyvät alimmassa tuloryhmässä muita tuloryhmiä voimakkaammin. Mukana on myös ehkäisevän päihdetyön laatua ja tarvetta kuvaavat kaksi indikaattoria.

Palveluiden asiakaslähtöisyydestä ja yhdenvertaisuudesta ei tätä arviointia varten ollut indikaattoritietoja eikä myöskään henkilöstöä koskevia indikaattoritietoja.

Pohjois-Karjalan alueella vakavia mielenterveyshäiriöitä sairastavien osuus aikuisväestöstä on maan suurimpia. Erityiskorvattaviin lääkkeisiin psykoosin vuoksi oikeutettujen osuus väestöstä, 2,6 prosenttia, on maan korkein. Mielenterveyden tai käyttäytymisen häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkettä saavia 25 – 64-vuotiaita on 4,3 prosenttia (koko maassa 3,5 %). Mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saaneiden osuus vastaavanikäisestä väestöstä on muuta maata jonkin verran alhaisempi, mutta tämä saattaa osittain heijastaa myös alueen korkeaa työttömyyttä. Psykkisesti kuormittuneiden osuus on hieman maan keskiarvoa korkeampi.

Avohoidon mielenterveyspalvelujen käyttö alueella on maan keskitasoa hieman runsaampaa. Aikuisten mielenterveyden avohoitokäyntejä on 546 tuhatta 18 vuotta täyttäneitä kohden (koko maassa 518). Erikoissairaanhoidon avohoitokäyntejä on 183 tuhatta 18 vuotta täyttäneitä kohden ja perusterveydenhuollon avohoitokäyntejä 299 tuhatta asukasta kohden (koko maassa 340 ja 144).

Psykiatrian laitoshoidon hoitopäivien määrä on 18–24-vuotiaiden ikäryhmässä hieman maan keskiarvoa suurempi ja muissa ikäryhmissä hieman maan keskiarvoa alhaisempi. Tahdosta riippumattomaan hoitoon määrättyjen osuus 18 vuotta täyttäneistä 1 000 vastaavanikäistä kohden on maan korkein. Pak-

kotoimien käyttö tahdosta riippumattomien hoitojaksojen aikana on lähellä maan keskiarvoa. Yli 90 päivää yhtäjaksoisesti sairaalassa olleiden psykiatrian potilaiden osuus on myös maan keskitasoa.

Psykiatrian kuntoutuskotien asiakkaita on ympärivuorokautisesti tuetuissa palveluissa huomattavasti maan keskiarvoa enemmän ja ei-ympärivuorokautisessa palveluissa jonkin verran maan keskiarvoa enemmän asukkaita.

Kelan korvaamaa psykoterapiaa alueella saadaan huomattavasti maan keskiarvoa enemmän. Psykoterapiaa on 16–24-vuotiaista saanut 17,3 tuhatta vastaavanikäistä kohden, kun koko maan keskiarvo on 10. Vastaavat luvut 25–64-vuotiailla ovat 10,9 ja 9 tuhatta vastaavanikäistä kohden. Kelan korvaamia yksityispsykiatrikäyntejä on selvästi maan keskiarvoa vähemmän.

Alueen mielenterveyspalvelujen käytössä huomio kiinnittyy runsaaseen ympärivuorokautisten tuettujen asumispalvelujen käyttöön ja toisaalta runsaaseen tahdosta riippumattomaan hoitoon. Ympärivuorokautisesti tuettujen asumispalvelujen tarve alueella, jossa on paljon vakavia mielenterveyshäiriöitä, on ymmärrettävästi myös suurta. On tärkeää kiinnittää huomiota niissä annettavan hoidon ja kuntoutuksen laatuun ja integroitumiseen asiakkaan muuhun hoitoon. Tahdosta riippumattoman hoidon tarvetta voidaan vähentää avohoidon kehittämällä ja hoidon integraatiota parantamalla. Myönteistä on psykoteriapalvelujen hyvä saatavuus.

Pohjois-Karjalan alueen aikuisväestöstä päivittäin tupakoivia on 18,6 prosenttia (koko maassa 16,6 %), alkoholia liikaa käyttäviä on 26,2 prosenttia (AUDIT-C -mittarin mukaan riskipistemäärät ylittävien osuus; koko maassa 33,2 %) ja kannabista viimeisen vuoden aikana käyttäneitä 4,1 prosenttia (koko maassa 4,4 %). Pääasiassa huumeiden pistämällä tapahtuvaan käyttöön liittyviä uusia hepatiitti C -tartuntoja alueen 100 000:ta asukasta kohden on todettu 14,9 (koko maassa 20,8).

Päihdeongelmaisia hoidetaan terveydenhuollon avopalveluissa muuta maata enemmän. Perusterveydenhuollon avohoidossa tehtävässä päihdetyössä on selvästi enemmän potilaita (9,5/1000 asukasta) kuin koko maassa (6,2). Päihdehuollon avohoidossa asiakkaiden määrä (8,4/1000 asukasta) on samaa tasoa kuin maassa keskimäärin (8,2). Erikoissairaanhoidon avohoidossa on päihteiden vuoksi enemmän potilaita (7,4/1000 asukasta) kuin koko maassa (5,4).

Terveydenhuollon rooli korostuu alueella myös ympärivuorokautisissa palveluissa. Päihteiden vuoksi sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla on huomattavasti enemmän potilaita (4,3 /1000 asukasta) kuin koko maassa (2,8). Päihdehuollon laitoksissa katkaisuhoidossa ja kuntoutuksessa on saman verran asi-

akkaita (2,4/1000 asukasta) kuin koko maassa (2,4). Päihdehuollon asumispalveluissa on huomattavasti vähemmän asiakkaita (0,2/1000 asukasta) kuin koko maassa (1,1).

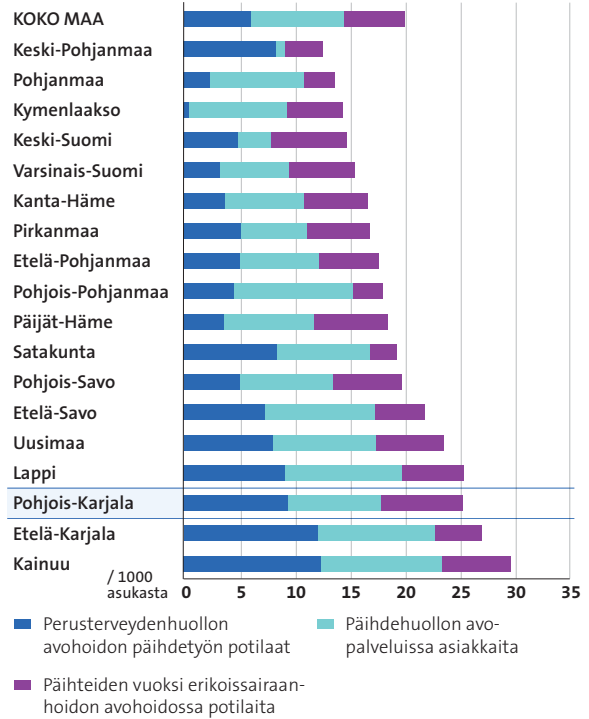
Kaikkein pienituloisimmilla 25–80-vuotiailla on alkoholikuolemien vuoksi menetettyjä elinvuosia (PYLL) vähemmän (2 730/100 000 vastaavanikäistä) kuin koko maassa (3 261).

Ehkäisevästä päihdetyöstä vastaava toimielin on nimetty lähes joka toiseen (46,2 %) alueen kunnista (koko maassa 44,1 %). Pohjois-Karjalan alueen yläkoulujen luokkien 8 ja 9 oppilaista tosi humalassa vähintään kerran kuukaudessa on vähemmän (9,1 %) oppilaita kuin koko maassa (10,2).

Kaiken kaikkiaan alueen aikuisväestön päivittäinen tupakointi koko maan väestöä on yleisempää, alkoholin riskikäyttö vähäisempää ja kannabiksen käyttö maan keskitasoa sekä pistämällä tapahtuvaan huumeiden käyttöön liittyvien hepatiitti C -tartuntojen määrä alle maan keskitason. Terveystalvun rooli päihteiden käyttäjien hoitamisessa korostuu sekä avo- että laitospalveluissa. Päihdehuollon asumispalveluja käytetään hyvin vähän. Pienituloisimpien alkoholikuolemien vuoksi menetettyjä elinvuosia on Pohjois-Karjalassa vähemmän kuin maassa keskimäärin. Alueella on syytä kiinnittää huomiota erityisesti aikuisväestön päivittäisen tupakointiin.

Kuvio 7

Päihdeongelmien tai -sairauksien vuoksi avohoidossa vuonna 2016 hoidetut potilaat perusterveydenhuollon päihdetyössä, päihdehuollon erityispalveluissa ja erikoissairaanhoidossa suhteessa väestöön



Erikoissairaanhoito

Pohjois-Karjalan väestön palveluiden tarve on sairastavuus- ja kansantauti-indeksien valossa korkeimpien joukossa maakunnista. Vammojen ja myrkytysten vuoksi sairaalahoitoa tarvitaan enemmän kuin muualla (196 potilasta / 10 000 asukasta), mutta syöpään sairastutaan keskimääräistä harvemmin.

Pohjois-Karjalassa somaattisen erikoissairaanhoidon toiminnot on keskitetty Joensuun keskussairaalaan. Vuodeosastohoidettujen potilaiden määrät ovat Joensuussa suuria (136,6 potilasta / 1000 asukasta, koko maa 124) ja hoitajaksoja on paljon (205,4 / 1000 asukasta, koko maa 188). Hoitajakson kesto on kuitenkin lyhyt eli 2,9 vrk (keskimäärin 3,3 vrk). Avohoitokäyntien määrä on alle maan keskitason (1,44 asukasta kohden, koko maa 1,54). Somaattisen erikoissairaanhoidon käyttöindeksi on ainoastaan Kainuun indeksia matalampi (117,8). Palveluiden vuodeosastopainotteisuuteen voivatkin myötävaikuttaa samat maantieteelliset tekijät kuin Kainuussa. Toimenpiteellisten hoitajaksojen määrä on vertailussa maan korkein (89,5 / 1000 asukasta). Päivystysleikkausten osuus on keskitasoa (24,1 %) ja päiväkirurgisten potilaiden osuus kaikista toimenpidepotilaista on alimassa kolmanneksessa (47,5 %, koko maa 50,8 %). Vuonna 2016 synnytysten määrä oli 1463, näistä sektioita oli vähemmän kuin muissa maakunnissa eli 12 % (maan keskiarvo 16 %). Sepelvaltimoiden varjoainekuvauksia (8,63 / 1000 asukasta) ja pallolaajennuksia (3,40 / 1000 asukasta) tehdään enemmän kuin maassa keskimäärin (vastaavat lukemat 6,5 ja 2,8 koko maassa).

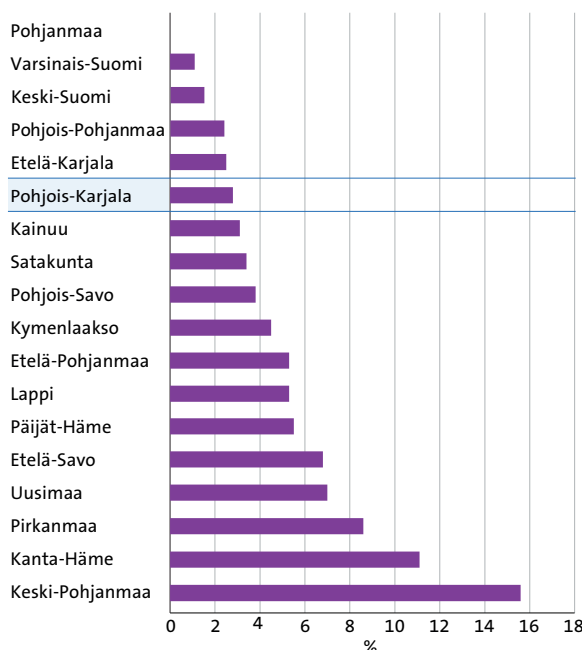
Päivystysaikana ja ensiavun kautta alkavien hoitajaksojen korkea osuus voi heijastaa maakunnan muun terveydenhuollon toiminnan puutteita tai pitkiä odotusaikoja suunniteltuun hoitoon. Joensuussa päivystyskäyntien määrä on yksi suurimmista (397/1000 asukasta, koko maa 185) ja hoitajakset alkavat yli puolessa tapauksista suunnittelemattomina (52,8 %, koko maa 47 %). Hoitoon tullaan myös ilman lähetettä (35,1 % hoitajaksoista) useammin kuin terveyskeskuksen lähettämänä (29 % hoitajaksoista, koko maa 37,5 %). Erikoissairaanhoitoa odottavia on maakunnassa kuitenkin vähän (11,4 / 1000 asukasta, koko maa 20,3). Odotusajan mediaani on myös keskitasoa eli 44 vuorokautta (koko maa 44,5 vrk). Kaihileikkaukseen odotetaan vähemmän aikaa (43 vuorokautta keskimäärin) kuin koko maassa (75 vrk). Polven tai lonkan tekonivelleikkauksen odotusajat ovat sen sijaan maan pisimmät eli 108 vuorokautta (koko maa 61,9 vuorokautta).

Maakunnan somaattisen erikoissairaanhoidon nettokäyttökustannukset ovat 1228 euroa asukasta kohden, eli maan korkeimpien joukossa (keskimäärin 1139 euroa). Kustannusindeksi on maakuntien keskitasoa eli 100,2. Toimintakuluista 53,4 % käytetään henkilöstömenoihin ja 27 % ostopalveluihin; molemmat ovat keskitasoa (koko maa 52,3 % ja 30,8 % vastaavasti). Voimavarojen raportoinnissa kaikilla maakunnilla on valitettavia epätarkkuuksia, mutta sairaansijojen määrässä Pohjois-Karjala on korkeimpien joukossa (3,05 sairaansijaa / 1000 asukasta, koko maassa vastaava lukema on 2,2). Henkilötyövuosien määrä on yksi korkeimmista raportoiduista (13,69, koko maa 11,8), mutta lääkäreillä keskitasoa (1,34 lääkäriä / 1000 asukasta).

Tarkasteluun valituissa laatumääreissä maakunnan tulokset ovat maan keskitasoa tai parempia seuraavissa indikaattoreissa: lonkkamurtuman vuoksi leikkausta yli 2 päivää odottaneiden osuus on 2,8 % kaikista lonkkamurtumapotilaista (koko maa 4,2 %, vaihteluväli 0–15,3 %), sydäninfarktipotilaiden 30 päivän kuolleisuus on 8,7 % (koko maa 8,8 %, 5,5–10,8 %) ja *Staphylococcus aureus* -bakteeriemien määrä / 1000 hoitopäivää on keskitasoa (0,18). Sydäninfarktin jälkeen uudelleen sairaalaan joutuu kuitenkin 15,4 % potilaista (koko maa 13,3 %, 9,1–20 %).

Kuvio 8

Lonkkamurtuman leikkausta yli 2 päivää odottaneiden osuus (vakioitu) maakunnissa



Lasten, nuorten ja perheiden palvelut

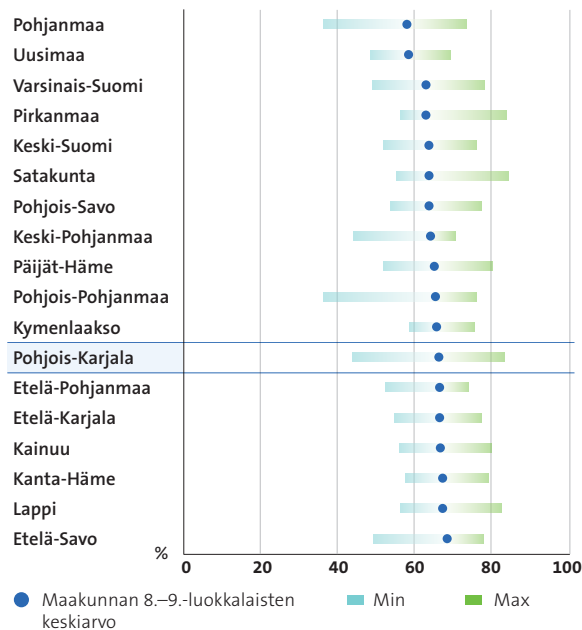
Pohjois-Karjalassa lasten ja perheiden palvelut näyttävät arvioitujen indikaattorien valossa asiakaslähtöisiltä. Valtakunnallisten suositusten, jotka vaikuttavat lasten ja perheiden palvelujen laatuun, toteuttamisessa on kuitenkin kehitettävää. Kirjaamisen puutteet heikentävät laajojen terveystarkastusten yhdenvertaisen toteutumisen arviointia.

Pohjois-Karjalassa on maakunnista eniten kehitettävää koulu- ja opiskeluterveydenhuollon toteuttamisessa. Toisaalta äitiys- ja lastenneuvolapalveluiden toteutuminen Pohjois-Karjalassa ylittää maan keskitason. Lastensuojelu painottuu Pohjois-Karjalassa sijaishuoltoon. Myös lastensuojelun kustannukset painottuvat hiukan perhe- ja laitoshuoltoon.

Arvioinnissa käytetyt mittarit kuvaavat vain osaa lasten ja nuorten palveluista. Palveluiden tarvetta kuvaavia mittareita ei ollut mukana tässä arvioinnissa.

Kuvio 9

Terveystarkastuksen toteutuminen oppilaslähtöisesti, maakunnan keskiarvo ja kuntien välinen hajonta



Perhekeskuspalvelut

Kaikki Pohjois-Karjalan kunnat ilmoittivat, että kaikille lasta odottaville ja lapsille järjestetään lainmukainen laaja terveystarkastus. Laajaan terveystarkastukseen osallistuu ainakin toinen lapsen vanhemmista, ja terveydenhoitaja ja lääkäri tekevät tarkastuksen yhteistyössä. Potilastietomerkintöjen mukaan laaja terveystarkastus järjestetään kuitenkin vain yli puolelle imeväisikäisistä lapsista (4 kk) ja kahdelle viidesosalalle 4-vuotiaista. Erilaiset tulokset johtuvat asiakastietojärjestelmien ominaisuuksista ja kirjaamisen puutteista. Pohjois-Karjalan osuudet ovat matalasta tasosta huolimatta maan parhaimpia.

Asiakastytytyväisyyskyselyn mukaan asiakkaat olivat tyytyväisiä lastenneuvolapalveluihin, ja tulos vastaa koko maan tasoa. Äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajien määrä vastasi hyvin mutta lääkäreiden määrä huonosti henkilöstömäärästä annettuja suosituksia.

Suun terveystarkastus ensisynnyttäjille järjestetään Pohjois-Karjalassa huonosti. Isyyden tunnustamisesta kohtalainen osuus oli tehty raskausaikana äitiysneuvolassa.

Sosiaalihuoltolain mukaisessa perhetyössä oli perheitä enemmän kuin koko maassa. Lasten ja perheiden sosiaalipalveluiden (pois lukien lastensuojelu) nettokäyttökustannukset vastasivat Pohjois-Karjalassa kuitenkin maan keskitasoa.

Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto

Pohjois-Karjalassa 89 prosenttia terveyskeskuksista oli sisällyttänyt toimintasuunnitelmaansa perusopetuksen oppilaiden lakisääteiset kolme laajaa terveystarkastusta. Opettajan antama arvio oppilaan selviytymisestä ja hyvinvoinnista koulussa sisältyi suunnitelmallisesti laajaan terveystarkastukseen vain 53 prosentissa maakunnan peruskouluista (maakuntien vaihteluväli 35–90 %).

Sekä 4. ja 5. luokkien että 8. ja 9. luokkien oppilaiden näkemykset viimeisimmän terveystarkastuksen laadukkaasta toteutumisesta olivat hivenen maan keskiarvoa paremmat. 4.–5. luokan oppilaista 52 prosenttia (koko maa 49 %) ja 8.–9. luokan oppilaista 64 prosenttia (koko maa 60 %) oli kokenut tarkastuksen toteutuneen laadukkaasti omasta näkökulmastaan.

Laajojen terveystarkastusten kirjaamisessa on vielä joko käytännöistä tai teknisistä pulmista johtuvia puutteita. Vain 20 prosenttia 8-luokkalaisten laajoista terveystarkastuksista kirjautui Avohilmo-rekisteriin (maakuntien vaihteluväli 6–34 %).

Pohjois-Karjalan maakunnassa koululääkäreiden henkilöstömitoitut oli maakuntien toiseksi heikoin. Oppilasmäärä koululääkärihenkilötyövuotta kohden oli 2,8-kertainen valtakunnalliseen mitoitussuositukseen (2100 oppilasta) nähden. Puutteet henkilöstömitoituksessa vaikuttavat väistämättä koko toimintaan kuten terveystarkastusten pituuteen sekä niiden laatuun ja niistä saatavaan hyötyyn.

8. ja 9. luokan oppilaista 32 prosenttia oli asioinut kouluterveydenhoitajalla myös muuten kuin terveystarkastuksissa. Tämä on maakunnista pienin terveydenhoitajalla asioineiden osuus ja selvästi vähemmän kuin koko maassa keskimäärin (38 %). Se voi viitata palvelujen ja niiden tarpeen kohtaamattomuuteen.

Pohjois-Karjalan kaikkien terveyskeskusten (100 %) suunnitelmiin sisältyi opiskeluterveydenhuollon lääkärintarkastus opiskeluaikana kaikille lukioiden ja ammatillisen oppilaitoksen opiskelijoille. Tarkastusten lakisääteisydestä huolimatta näin ei kirjata suunnitelmiin kaikissa maakunnissa (maakuntien vaihteluväli on lukioissa 80–100 % ja ammatillisissa oppilaitoksissa 50–100 %).

Erityistason palvelut

Lastensuojelun palveluntarpeen arvioinneista 99 prosenttia oli Pohjois-Karjalassa valmistunut kolmen kuukauden sisällä; lain edellyttämä valmistumisaika toteutui lähes aina. Lastensuojelun avohuollon asiakkuuksia oli hiukan vähemmän kuin maakunnissa keskimäärin. Lastensuojelun asiakassuunnitelmien määrä suhteessa avohuollon asiakkuuksiin (77/100) oli maakuntien suurimpia. Laki edellyttää asiakassuunnitelmaa kaikista asiakkuuksista. Lastensuojelun tehostetussa perhetyössä oli perheitä hiukan enemmän kuin maakunnissa keskimäärin. Kiireellisiä sijoituksia ja huostassa olleita maakunnassa oli keskimääräistä enemmän. Lastensuojelun avohuollon palveluiden nettokäyttökustannukset olivat keskitasoa matalammat; perhe- ja laitoshoidon nettokäyttökustannukset olivat muihin maakuntiin nähden hiukan keskitasoa korkeammat, myötäillen asiakasmääriä.

Sairaalahoidon hoitopäiviä oli 0–17-vuotiailla Pohjois-Karjalassa selvästi enemmän kuin maassa keskimäärin. Yksikään asiakas ei odottanut Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirissä nuoriso- tai lastenpsykiatriseen hoitoon vuoden 2017 seuranta-ajankohtina. Synnytyssairaalan palveluihin oltiin Pohjois-Karjalassa melko tyytyväisiä.

Työikäisten sosiaalipalvelut

Työikäisten sosiaalipalvelujen tavoitteena on tukea työikäisiä asiakkaita elämänhallintaan, työhön, toimeentuloon ja opiskeluun liittyvissä asioissa sekä vähentää eriarvoisuutta. Tässä arvioinnissa työikäisten sosiaalipalvelujen tilaa tarkastellaan työttömyyden, eriarvoisuuden ja palvelujen saavutettavuuden näkökulmista.

Pohjois-Karjalan alueella rakennetyöttömyyden aste on 7,9 prosenttia, mikä on maakunnallisista alueista kolmanneksi korkein (kansallinen keskiarvo 6,2 %). Myös työttömien aktivointiaste (33,7 %) on keskimääräistä (31,6 %) korkeampi. Kuntouttavaan työtoimintaan osallistuvien osuus 15–64-vuotiaasta väestöstä (20,4 %) on huomattavasti korkeampi kuin kansallinen keskiarvo (11,6 %) ja maan korkein yhdessä Satakunnan alueen kanssa. Työttömyysjakso venyi yli 12 kuukauden pituiseksi 13,7 prosentilla työttömäksi jääneistä eli kansallista keskitasoa (11,9 %) selvästi useammin. Kunnan osarahoittaman työmarkkinatuen määrä kertoo, miten kunta on kyennyt ohjaamaan pitkään työttömänä olleita henkilöitä työllistymistä edistäviin palveluihin. Vuonna 2016 Pohjois-Karjalan alueen kunnat maksoivat alueen asukkaille myönnettyä työmarkkinatukea takaisin valtiolle 14 706 502 euroa, mikä on 2135 euroa kutakin Pohjois-Karjalan alueen pitkäaikaistyöttöä kohden (maan keskiarvo 1978 euroa).

Rakennetyöttömyydestä aiheutuu haasteita Pohjois-Karjalan alueelle. Rakennetyöttömyyteen on pyritty vaikuttamaan aktivointitoimilla. Myös kuntouttavan työtoiminnan palveluja on ollut hyvin saatavilla. Tästä huolimatta työttömyysjaksojen pitkitäminen on ongelma. Alueen työttömyystilanteesta kertoo myös se, että osarahoitetun työmarkkinatuen määrä oli kansallisesti vertaillen varsin korkea.

Asunnottomia on Pohjois-Karjalan alueella 0,3 promillea eli vähemmän kuin maakunnallisilla alueilla keskimäärin (1,2 %, mediaani 0,3 %). Toimeentulotukea myönnettiin 127 euroa asukasta kohden, mikä on vähemmän kuin maakunnallisilla alueilla keskimäärin (136 euroa / asukas). Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneita 25–64-vuotiaita oli 2,6 prosenttia eli lähes vastaava osuus kuin maassa keskimäärin (2,4 %). Nuorista 18–24-vuotiaista pitkäaikaisesti toimeentulotukea sai 3,9 prosenttia, mikä myös on lähellä maan keskiarvoa (3,6 %). Täydentävää toimeentulotukea myönnettiin Pohjois-Karjalan alueella

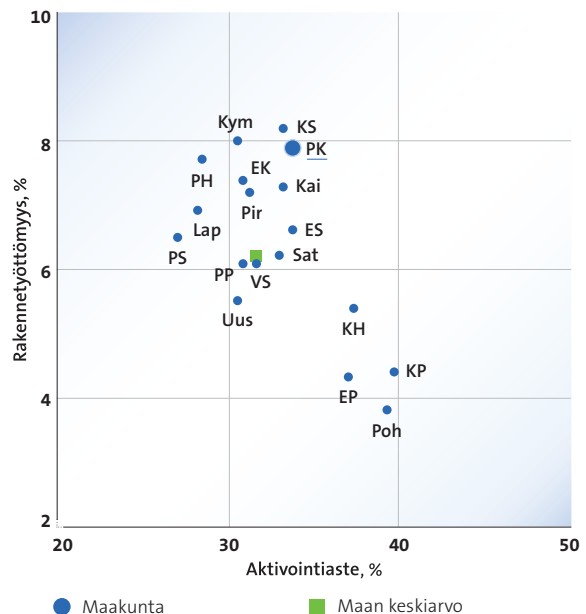
vuonna 2016 keskimäärin 491 euroa ja ehkäisevää toimeentulotukea 527 euroa tukea saanutta asukasta kohden. Vastaavat koko maan keskiarvot olivat 551 euroa (täydentävä tuki) ja 632 euroa (ehkäisevä tuki).

Pitkäaikaisesti toimeentulotukea saavien henkilöiden määrä ei rakennetyöttömyydestä ja työttömyysjaksojen pitkittymisestä huolimatta ole keskimääräistä korkeampi. Täydentävällä ja ehkäisevällä tuella voidaan ottaa huomioon henkilön erityiset tarpeet ja olosuhteet sekä edistää omatoimista suoriutumista. Täydentävää ja erityisesti ehkäisevää tukea myönnettiin rakennetyöttömyydestä ja pitkittävistä työttömyysjaksoista huolimatta jonkin verran keskimääräistä vähemmän.

Sosiaalipalvelujen saavutettavuutta selvitettiin vuoden 2017 ATH-kyselyn tulosten perusteella. Koko maassa vastaajista 79,8 prosenttia katsoi, että asiakasmaksut tai matkat eivät ole vaikeuttaneet palvelujen saavutettavuutta. Pohjois-Karjalassa vastaava luku oli 82,1 prosenttia. Tulos on keskimääräistä parempi, mutta silti useammalla kuin joka kuudennella vastanneista on ollut vaikeuksia saada sosiaalipalveluja. Maakunnittain tarkastellen vastaajia oli kuitenkin vähän, joten kyselyn tulokset ovat enintään viitteellisiä.

Kuvio 10

Rakennetyöttömyys ja työttömien aktivointiaste Pohjois-Karjalassa



Vammaispalvelut

Henkilö, jolla on vammasta tai sairaudesta johtuva toimintarajoite, voi tarvita tavanomaisen elämänsä tueksi yleisten palvelujen lisäksi erityispalveluja. Tässä tarkastellaan vammaispalvelu- ja kehitysvammalakiin mukaisia palveluja vuoden 2016 tietojen perusteella. Myönnettyjen palvelujen perusteella saadaan kuvaa palvelujärjestelmästä.

Vammaisuuden palvelukokonaisuutta tarkastellaan alla olevassa kuviossa yhtenä kokonaisuutena. Kuviossa on yksittäisten palveluiden kokonaismäärä suhteutettuna alueen väkilukuun (vuoden 2016 tilastojen perusteella). Lukumäärät eivät kuvaa palvelujen piirissä olevien henkilöiden määrää vaan annettuja tai myönnettyjä palveluita. Tarkasteluun on otettu seuraavat palvelut: *asunnonmuutostyö ja asuntoon kuuluvat laitteet ja välineet, henkilökohtaisen avun asiakkaiden määrä, kehitysvammaisten henkilöiden määrä erilaisissa asumispalveluissa ja vaikeavammaisten palveluasumisessa, työllistämistä tukevien toimintojen sekä työ- ja päivätoiminnan piirissä olevien määrä, kodinhoitoapua saaneiden vammaistalouksien määrä, alle 65 vuoden ikäisiä hoitavien omaishoidontuen päätösten määrät sekä vammaispalvelulain mukainen kuljetuspalvelu.*

Lisäksi kuviossa on Kelan vammaisuuden perusteella maksamien etuuksien saajien määrä väkilukuun suhteutettuna 1000 asukasta kohden. Koko maassa vammaisasetuuksia myönnettiin 1 000 asukasta kohden noin 50 ihmiselle (49,9). Vammaisuuden perusteella myönnettyjen palvelujen määrä oli tuhatta asukasta kohden noin 65 (65,2). Vastaavat luvut olivat Pohjois-Karjalan maakunnassa seuraavat: vammaisasetuuksien piirissä oli 62 (62,2) henkilöä 1000 asukasta kohden ja myönnettyjen palveluja määrä 1000 asukasta kohden oli 43 (42,7). Palveluiden myöntämisperusteet ja vammaisasetuuksien saamisen kriteerit poikkeavat toisistaan, eikä näin ollen vammaisasetuuksia saavien henkilöiden määrää voi suoraan pitää palveluita tarvitsevien määränä. Voidaan olettaa, että vammaisasetuuksia saavissa on runsaasti sellaisia henkilöitä, jotka eivät ole vammaispalveluiden piirissä. Mutta nämä henkilöt saattavat saada muita palveluja esimerkiksi sosiaalihuoltolain perusteella. Palvelujen kattavuus edellyttäisikin laajempaa selvitystä yhdessä tarvearvioinnin kanssa.

Kaksi suurinta palvelukokonaisuutta myönnettyissä palveluissa ovat henkilökohtainen apu ja liikumisen palvelut.

Henkilökohtaisessa avussa palvelun käyttäjien määrä koko maassa oli 383 henkilöä 100 000 asukasta kohden. Vastaava luku oli Pohjois-Karjalassa 497.

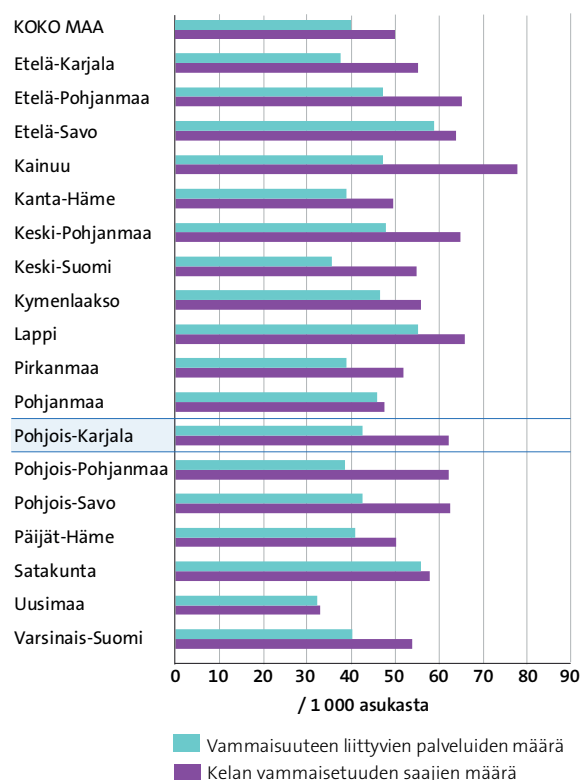
Asiakasmäärä ei kerro siitä, kuinka paljon henkilökohtaista apua on kullekin asiakkaalle myönnetty ja onko palvelu ollut riittävää ja vaikuttavaa.

Liikkumisten palvelut sisältävät hyvin monenlaisia palveluita. Erityispalvelujen tarpeeseen vaikuttavat alueelliset olosuhteet, esteettömyys ja palvelurakenne sekä tietenkin yksittäisten ihmisten tarve liikkua. Pohjois-Karjalassa vammaispalvelulain mukaisia kuljetuspalvelun saajia oli 100 000 asukasta kohden 1459. Vastaava luku oli koko maassa 1783. Sosiaalihuoltolain mukaisia kuljetuspalveluita Pohjois-Karjalassa sai 100 000 asukasta kohden 380 henkilöä kun koko maan vastaava luku oli 391.

Tarkasteluvuonna (2016) *vammaispalvelulain mukaisten palvelujen ja taloudellisten tukitoimien menot* koko maassa asukasta kohden olivat 117 euroa. Pohjois-Karjalassa vastaava luku 120 euroa, kun suurin euromäärä koko maassa oli 170 euroa / asukas. Maakuntien matalin euromäärä oli 92 euroa / asukas. Kokonaiskustannusanalyysia varten pitäisi huomioon ottaa vähintäänkin kehitysvammalain mukaisten palveluiden kustannukset sekä tieto siitä, millaisia ovat alueen yleiset palvelut ja esteettömyys. Saavutettavat ja toimivat yleiset palvelut vähentävät erityispalveluiden tarvetta.

Kuvio 11

Vammaisasetuuksia saavien henkilöiden ja vammaisuuteen liittyvien palveluiden määrän suhde väestöön vuonna 2016



Ikäihmistien palvelut

Ikääntyneen väestön toimintakyky on Pohjois-Karjalassa maan keskitasoa. 75 vuotta täyttäneistä 24 prosentilla oli suuria vaikeuksia arkiaskareissa (koko maassa 25 %:lla). Riskiryhmien seuranta ja ennatte-ehkäisevien terveystalvet toimintaa kuvaa kausi-influenssarokotteen kattavuus, joka 65 vuotta täyttäneillä on Pohjois-Karjalassa muuta maata parempaa. Pohjois-Karjalassa rokottamattomia on 48 prosenttia, koko maassa 53.

Ikäkkäiden palveluissa tavoitteena on, että kotona voi asua mahdollisimman pitkään. Pohjois-Karjalassa säännöllisen kotihoidon piirissä oli vuoden 2016 marraskuussa 75 vuotta täyttäneistä naisista 14 prosenttia ja miehistä 9 prosenttia. Kattavuus on siten maan keskitasoa. Asiakas saa Pohjois-Karjalassa keskimäärin 17 kotikäyntiä viikossa, mikä on maan keskiarvoa (13) enemmän. Lisääntyvä kotihoito edellyttää, että kotiin voi tarvittaessa saada myös intensiivistä hoitoa, yli 60 kotihoidon käyntiä kuukaudessa, sekä ympärivuorokautista hoitoa. Koko maassa 33 prosenttia yli 75-vuotiaista kotihoidon asiakkaista sai intensiivistä hoitoa, Pohjois-Karjalassa 39. Pohjois-Karjalassa noin 85 prosenttia kotihoidon asiakkaista on mahdollisuus saada ympärivuorokautista kotihoitoa, kun koko maassa vastaava osuus on 78.

Muistisairaat ovat suurin ikäkkäiden palveluja käyttävä asiakasryhmä. Kotihoidossa vain joka kolmannen asiakkaan kognitio on normaali, mutta kaikilla oireilevilla ei ole muistisairausdiagnoosia. Pohjois-Karjalan säännöllisistä kotihoidon asiakkaista viidesosalla oli muistisairausdiagnoosi, (koko maassa 20 %). Panostus muistisairauksien tunnistamiseen kotihoidossa on siten maan keskitasoa. Omaishoidon tuen valtakunnallinen kattavuustavoite on viisi prosenttia yli 75-vuotiaasta väestöstä. Pohjois-Karjalassa kattavuus (4 %) jäi hieman alle tavoitteen, ja 29 prosenttia omaishoidossa olevista sai kotihoidon tukipalveluja, mikä on maan keskitasoa.

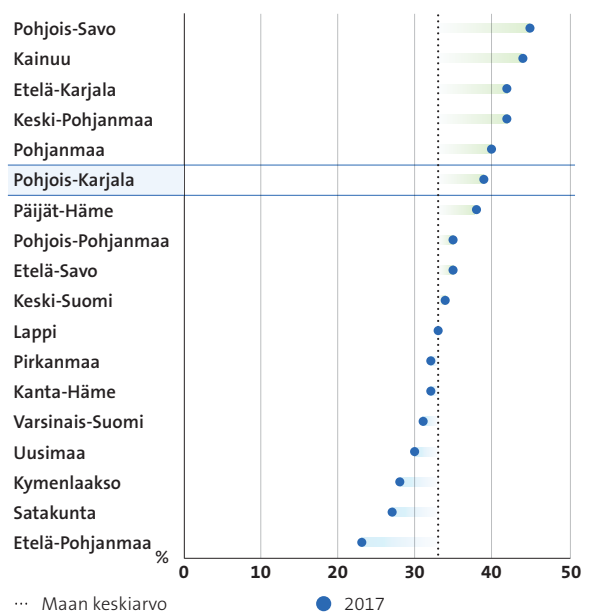
Koko maassa ikäkkäiden palvelurakenne on keven-tynt, mikä on merkinnyt kotihoidon palvelujen käyttäjä-äärien ja menojen kasvua. Pohjois-Karjalassa ikäkkäiden palvelujen menoista 34 prosenttia on käytetty kotihoidon palveluihin (vrt. koko maassa 32 %). Kotihoidon kustannusrasite on Pohjois-Karjalassa maan keskitasoa hieman suurempi. Kotihoidon nettokäyttökustannukset (euroa/asukas) olivat Pohjois-Karjalassa 213 ja koko maassa 172 euroa.

Kotihoidon työntekijöistä suurin osa on lähihoitajia, eikä maakuntien välillä ole juurikaan eroja lähihoitajien osuudessa. Sen sijaan sairaanhoitajien määrä vaihtelee maakunnittain (9,6–18,5 %). Pohjois-Karjalassa sairaanhoitajia (11 %) on hieman vähemmän kuin koko maassa (13 %), ja sairaanhoitajien tekemän välittömän työajan osuus kokonaistyöajasta oli Pohjois-Karjalassa muuta maata pienempi (34 % vs. 37 %). Voikin arvioida, että sairaanhoitajien palvelujen saatavuus kotihoidossa on Pohjois-Karjalassa hieman maan keskiarvoa heikompaa. Lähihoitajilla välitön työaika on maan keskitasoa (60 %).

Tavoitteellisella kuntoutuksella pyritään säilyttämään kotihoitoa saavan aktiivisuus ja elämänlaatu mahdollisimman hyvänä. Suurimmalla osalla kotihoidon asiakkaista tulisi olla tehtynä kuntoutussuunnitelma. Pohjois-Karjalassa 75 prosenttia kotihoidon toimityksistä tekee systemaattisesti asiakkaalleen kuntoutussuunnitelman. Se on maakuntien paras tulos. Kotihoidon henkilöstön kivunhoidon osaaminen on maan keskitasoa parempi. Pohjois-Karjalassa asiakkaista 59 prosenttia saa palvelunsa toimityksistä, jossa kivunhoidon osaaminen on ”hyvä”; koko maassa osuus on 44 prosenttia (vaihteluväli 8–85 %). Asiakaspalautetta kerätään asiakkailta, omaisilta ja henkilöstöltä vaihtelevasti (vaihteluväli 41–94 %, riippuen vastaajatahosta). Pohjois-Karjalassa palautetta kerätään 66 prosentilta asiakkaista, kun koko maassa vastaava osuus on 76.

Kuvio 12

Kotihoidossa intensiivistä hoitoa saavien asiakkaiden osuus (%)



Pohjois-Karjala on panostanut kotihoidon kehittämiseen. Kotihoidon käyntejä sekä intensiivistä ja ympärivuorokautista kotihoitopalvelua on tarjolla maan keskitasoa enemmän. Nämä palvelut kasvattavat kotihoidon kustannusrasitetta Pohjois-Karjalassa, mutta hidastavat myös raskaimpiin ympärivuorokautisen hoivan palveluihin siirtymistä. Muistisairauksia diagnosoidaan kotihoidossa keskiverrosti. Pohjois-Karjalassa omaishoidon kattavuus jää hieman alle valtakunnallisen tavoitteen, mutta omaishoidossa olevat saavat kotihoidon tukipalveluja saman verran kuin maassa keskimäärin.

Pohjois-Karjalassa kotihoidossa toimivia sairaanhoitajia on keskimääräistä vähemmän, ja heidän tekemänsä välittömän työajan osuus kokonaistyöajasta on maan keskiarvoa pienempi. Kun kotihoidossa hoidetaan yhä sairaampia ja paljon apua tarvitsevia iäkkäitä, on tärkeää, että myös sairaanhoidollista osaamista on riittävästi tarjolla. Kotihoidon henkilöstön kivunhoidon osaaminen on Pohjois-Karjalassa maan keskitasoa parempaa. Lisäksi kotihoidon toimintayksiköissä kiinnitetään hyvin huomiota asiakkaiden toimintakykyyn, ja Pohjois-Karjala onkin paras maakunta asiakkaiden kuntoutussuunnitelmien tekemisessä.

Saatavuus

Maakuntien arvioinnissa saatavuutta ja saavutettavuutta tarkastellaan viiden teeman avulla. Tarkastelussa käytetään tietoja hoitoon pääsystä, lastensuojelun palvelutarpeen arviointien tekemisestä ja kotihoidon yökaisen palvelun tarjonnasta sekä väestökyselyn tuloksia.

Perusterveydenhuollossa saatavuutta on arvioitu tarkastelemalla lääkärin vastaanotolle pääsemistä kiireettömän asian vuoksi. Osoittimeksi on valittu se, kuinka monta prosenttia potilaista pääsee vastaanotolle viikon sisällä hoidon tarpeen arvioinnista. Lisäksi perusterveydenhuollon hoitotakuun toteutumista on käsitelty perusterveydenhuollon toimialakohtaisessa kappaleessa.

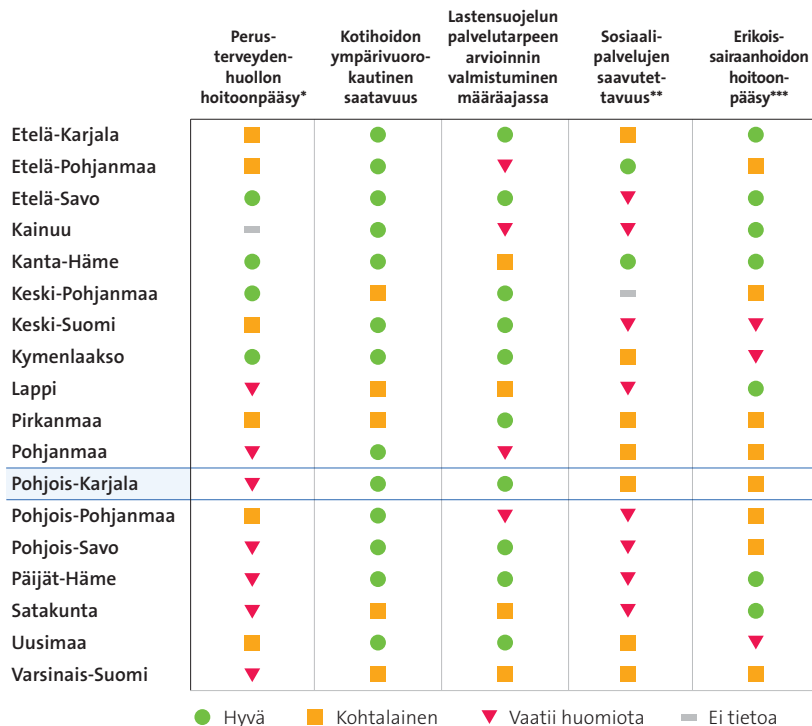
Erikoissairaanhoitosta on tarkasteltu lakisääteisen hoitopääsyn määräajan (6 kk) ylittäneiden potilaiden määrää suhteutettuna väestömäärään. Lääkäiden palvelujen saatavuuden mittarina on tällä arviointikierroksella käytetty kotihoidon yökaisen palvelun tarjontaa. Lastensuojelussa palvelutarpeen arviointien pitäisi valmistua lakisääteisessä kolmen kuukauden määräajassa; näiden osuutta tarkastellaan yhtenä saatavuuden osoittimena.

Aikuisten sosiaalipalvelujen saavutettavuuden mittarina käytetään THL:n väestökyselyssä selvitettyä arvioita siitä, tuntuvatko sosiaalipalvelut asiakkaiden mielestä helposti saavutettavilta ja vaikuttavatko siihen hankala sijainti ja korkeat asiakasmaksut. Arvioinnissa ei ole muiden kuin sosiaalipalvelujen osalta käsitelty sitä, kuinka palvelut ovat tosiasiallisesti olleet saavutettavissa ja asukkaiden käytettävissä asiakasmaksujen, välimatkojen tai aukioloaikojen näkökulmasta. Esteettömyyttä ei ole tarkasteltu tässä yhteydessä.

Pohjois-Karjalan alueella kiireettömän asian vuoksi perusterveydenhuollon lääkärille pääsyyn on syytä kiinnittää huomiota, sillä viikon sisällä vain 35 prosenttia potilaista pääsee vastaanotolle. Erikoissairaanhoitoon yli kuusi kuukautta odottaneita on jonkin verran. Kotihoidon ympärivuorokautista hoivaa on saatavilla hyvin. Sosiaalipalvelujen saavutettavuus on kohtalaisella tasolla, tosin vain kahdessa maakunnassa saavutettavuuden arvioidaan olevan hyvällä tasolla. Lastensuojelun palvelutarpeen arvioinneissa maakunnassa on onnistuttu hyvin, sillä lähes kaikki arviot tehdään kolmen kuukauden määräajassa.

Kuvio 13

Palveluiden saatavuus Pohjois-Karjalassa



* Lääkärille kiireettömän asian vuoksi

** Väestökysely

*** Yli 6 kk odottaneet

Laatu ja vaikuttavuus

Maakuntien arvioinnissa laatua ja vaikuttavuutta tarkastellaan viiden teeman avulla: perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido, ennaltaehkäisy näkökulma, sosiaalipalvelut ja terveydenhuollon asiakastytyvyisyys. Kustakin alueesta on valittu 1–3 indikaattoria. Laatu ja vaikuttavuus ovat laajoja ja paljon eri asioita sisällään pitäviä käsitteitä, ja tämä tarkastelu kertoo laadusta ja vaikuttavuudesta vain valittujen indikaattorien osalta.

Perusterveydenhuollon laatua on arvioitu sen mukaan, kuinka monelle potilaalle on määrätty hoidoksi antibiootti epämääräiseen ylähengitystieinfektioon. Antibiootihoidolle ei ole perusteita ilman selkeämpää diagnoosia, mutta sitä päädytään määräämään joskus taudin pitkittyessä ilman kunnon indikaatiota. Mittari kertoo rationaalisen lääkehoidon toteutumisesta.

Erikoissairaanhoidosta on valittu tarkasteluun lonkan ja polven tekonivelen uusintaleikkauksien määrä kahden vuoden seuranta-aikana. Laatu on sitä parempi, mitä vähemmän uusintaleikkauksia joudutaan tekemään.

Ennaltaehkäisevästä toiminnasta tarkastellaan pikkulasten rokotusohjelmaan kuuluvan viitosrokotteen (DTaP-IPV-Hib) kolmen annoksen rokotussarjan toteutumista. Koska on hyvin harvinaista, että lääketieteellinen syy estäisi rokotussarjan aloittamisen tai sen jatkamisen loppuun, mittari kuvaa neuvolatyön laatua ja rokotusten kirjaamisen toteutumista. Valtakunnallisesti lähes kaikille lapsille aloitetaan viitosrokotussarja, joka suojaa kurkkumädältä, jäykkäkouristukselta, hinkuyskältä, poliolt ja Hib-bakteerin aiheuttamilta tulehduksilta. Ollakseen hyvässä suojassa henkeä uhkaavilta taudilta lapsi tarvitsee koko sarjan. Lau-maimmuneiteetti ei suojaa esimerkiksi jäykkäkouristukselta. Toiminnan laatu ja vaikuttavuus on sitä parempi, mitä korkeampi kolmen annoksen sarjan toteutumisen kattavuus on.

Sosiaalipalveluista on indikaattoriksi valittu lastensuojelun asiakkaiden asiakassuunnitelmien määrä. Lain mukaan lastensuojelun avohuollon asiakkaalle tulee tehdä asiakassuunnitelma. Asiakassuunnitelmalla on tarkoitus varmistaa, että palvelu on suunnitelmallista ja sen tuloksia arvioidaan säännöllisesti. Asiakassuunnitelmien laatimisessa on maakuntien välillä isoja eroja, mutta

missään maakunnassa se ei toteudu vielä tavoitteen mukaisesti.

Asiakastytyvyisyydessä on huomioitu synnytys-sairaalakyselyn asiakkaiden sairaalalle antama kokonaisarvosana sekä lasten- ja äitiysneuvolakyselyjen palvelujen hyödyllisyyttä ja asiakaspalvelua mittaavat kysymykset.

Pohjois-Karjalassa 32 prosentille määrättä-
töntä ylähengitystieinfektiota sairastavalle potilaalle oli määrätty antibioottia, mikä on enemmän kuin missään muussa maakunnassa. Eri maakunnissa luku oli 10–32 prosenttia. Lonkan tekonivelen uusintaleikkauksien määrä oli samansuuruinen kuin maassa keskimäärin, ja polven tekonivelen uusintaleikkauksien määrä oli maan pienin. Viitosrokotteen rokotussarjan oli vuonna 2014 syntyneistä lapsista saanut vain 88,3 prosenttia. Tulos on erittäin matala, sillä rokotussarja oli aloitettu erinomaisesti 99,0 prosentille lapsista. Maakunnan tulisi selvittää esimerkiksi, jääkö rokotussarja kesken ilman päteviä perusteita vai onko kyse kirjaamisen tai tiedonsiirron ongelmista. Lastensuojelun avohuollon asiakassuunnitelma oli tehty kolmelle neljästä asiakkaasta, mikä on maakunnista eniten. Asiakassuunnitelma tulee kuitenkin lain mukaan tehdä kaikille asiakkaille. Asiakastytyvyisyys oli korkeampi kuin maakunnissa keskimäärin.

Kuvio 14

Palveluiden laatu ja vaikuttavuus Pohjois-Karjalassa

	Rationaalinen lääkehoito ylähengitystie- infektiossa	Lonkan ja polven tekonivelen uusinta- leikkausten määrä	Pikkulasten viitosrokotteen (DTaP-IPV-Hib) rokotussarjan toteutuminen	Lastensuojelun asiakas- suunnitelmien määrä	Asiakaspalaute synnytys- sairaloista ja neuvoloista
Etelä-Karjala	■	●	■	▼	■
Etelä-Pohjanmaa	●	■	▼	■	●
Etelä-Savo	▼	●	▼	▼	■
Kainuu	■	▼	▼	■	●
Kanta-Häme	■	▼	■	▼	■
Keski-Pohjanmaa	▼	▼	■	■	■
Keski-Suomi	▼	■	■	▼	■
Kymenlaakso	▼	●	■	■	▼
Lappi	■	▼	▼	▼	■
Pirkanmaa	■	■	▼	▼	▼
Pohjanmaa	▼	●	▼	■	●
Pohjois-Karjala	▼	●	▼	■	●
Pohjois-Pohjanmaa	■	▼	■	▼	▼
Pohjois-Savo	▼	■	▼	■	●
Päijät-Häme	▼	●	▼	▼	▼
Satakunta	▼	■	■	▼	●
Uusimaa	■	■	▼	▼	■
Varsinais-Suomi	▼	■	▼	■	■

● Hyvä ■ Kohtalainen ▼ Vaatii huomiota — Ei tietoa

Asiakslähtöisyys

Terveyspalvelujen asiakslähtöisyyttä arvioidaan kolmen väestökyselyyn perustuvan indikaattorin avulla. Valinnanvapauden edellytyksiä arvioitiin kysymyksellä, joka kartoittaa näkemyksiä mahdollisuudesta valita terveysasema, sekä summamuuttujalla, joka kuvaa terveydenhuollon hoitopaikkoja koskevan vertailutiedon riittävyyttä. Terveyspalvelujen palveluprosessien sujuvuutta on arvioitu kysymällä, millaisia kokemuksia vastaajalla on asioiden hoitamisen sujuvuudesta ja ammattilaisten välisestä tiedonkulusta terveyspalveluissa. Tulosten tulkinnassa tulee ottaa huomioon, että kyselyaineistot perustuvat pieniin kansallisiin otoksiin: niitä ei voi luotettavasti yleistää yksittäisiin maakuntiin. Lisäksi asiakslähtöisyyttä kuvataan TEAviisariin perustuvalla asukkaiden osallisuutta kuvaavalla indikaattorilla johon on summattu onko kunnissa vuonna 2017 määritelty asukkaiden osallistumisen edistämisen tavoitteet, toimenpiteet,

resurssit ja vastuut. Erikseen tarkasteltiin kuntalaisten mahdollisuuksia saada kunnan verkkosivuilta tietoa osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksistaan ja -keinoistaan sekä sitä, onko kunnassa laadittu osallisuusohjelma. Näiden TEAviisari tulosten tulkinnassa on huomioitava, että kyse on hallinnollisista toimista, jotka eivät vielä kerro vielä miten asukkaiden ja palveluiden käyttäjien osallisuus toiminnan tasolla toteutuu.

Pohjois-Karjalassa asukkaat pitivät terveysaseman valitsemisen mahdollisuuttaan kohtalaisen yleisesti hyvänä. Vertailutietoa oli kuitenkin saatavilla heikosti. Terveidenhuollon palveluprosessit toteutuivat sujuvasti kohtalaisen usein, jopa hieman useammin kuin koko maassa keskimäärin. Asukkaiden osallisuuden edistäminen on huomioitu Pohjois-Karjalassa koko Suomen keskitasoa huonommin. Silti 69 prosenttia alueen kunnista on kuvannut osallisuuden edistämiseksi verkkosivuillaan kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia. Erillinen osallisuusohjelma oli laadittu yhdessä Pohjois-Karjalan kunnassa.

Kuvio 15

Palveluiden asiakslähtöisyys Pohjois-Karjalassa

	Mahdollisuus valita terveysasema*	Vertailutietoa hoitopaikoista*	Väestö kokee terveyspalvelut sujuviksi*	Osallistumisen edistämistoimet
Etelä-Karjala	●	▼	▼	●
Etelä-Pohjanmaa	■	■	■	▼
Etelä-Savo	■	▼	▼	■
Kainuu	■	▼	▼	▼
Kanta-Häme	■	▼	■	■
Keski-Pohjanmaa	●	▼	■	■
Keski-Suomi	■	▼	■	●
Kymenlaakso	●	▼	■	▼
Lappi	■	■	■	■
Pirkanmaa	■	▼	■	■
Pohjanmaa	■	▼	■	■
Pohjois-Karjala	■	▼	■	▼
Pohjois-Pohjanmaa	●	▼	■	■
Pohjois-Savo	■	▼	■	■
Päijät-Häme	●	▼	■	●
Satakunta	■	▼	■	■
Uusimaa	■	▼	■	●
Varsinais-Suomi	■	▼	■	■

● Hyvä ■ Kohtalainen ▼ Vaatii huomiota ■ Ei tietoa

* Väestökysely

Yhdenvertaisuus

Yhdenvertaisuutta tarkastellaan arvioinnissa yhtäältä tasa-arvo- ja yhdenvertaisuuslakien pohjalta ja toisaalta yhteiskunnallisen eriarvoisuuden aiheuttamien hyvinvointi- ja terveyserojen näkökulmasta.

Ensimmäisenä teemana arvioinnissa ovat maakunnan toiminnalliset lähtökohdat yhdenvertaisuuden ja sukupuolten tasa-arvon edistämiseen. Osoittimina on käytetty kuntien yhdenvertaisuus- ja tasa-arvolakeja toimeenpanevien suunnitelmien laadintaa ja väestöryhmittäisten terveyserojen raportointia. Toisena teemana arvioinnissa on erityispalveluiden järjestäminen haavoittuville ryhmille. Tällä arviointikierroksella on tarkasteltu vammaisille ja työttömille suunnattuja palveluita, joilla on tarkoitus lisätä yhdenvertaisen osallisuuden mahdollisuuksia ja kaventaa eriarvoisuudesta johtuvia terveyseroja. Vammaispalvelujen saatavuudesta kerätään tietoa koko väestölle tehtävillä kyselyillä, mutta niissä vammaispalveluiden käytöstä kertyy niin vähän kokemuksia, ettei edes viitteellistä

arviota saatavuudesta voida tehdä kaikista maakunnista. Työttömien terveystarkastusten tilastointi kunnissa vaihtelee suuresti, joten tiedot ovat vain viitteellisiä.

Kolmantena teemana arvioinnissa on yhdenvertaisuuden ja tasa-arvon toteutuminen koko väestölle suunnatuissa palveluissa. Esimerkkinä on tässä käytetty terveyskeskuslääkärin palveluita. Arvioinnin kohteena ovat miesten ja naisten sekä ikä- ja koulutusryhmien väliset erot palveluiden koetussa riittävydessä. Palvelut riittämättömiksi kokevien osuus oli kaikissa maakunnissa sitä pienempi, mitä vanhemmasta ikäryhmästä oli kyse. Naiset pitivät palveluja miehiä useammin riittämättöminä; koulutusryhmien järjestys vaihteli maakunnasta toiseen. Jatkossa on tarkoitus arvioida palveluiden yhdenvertaista saatavuutta, saavutettavuutta ja laatua myös muiden yhdenvertaisuus- ja tasa-arvolakien tarkoittamien henkilöön liittyvien syrjäintäperusteiden mukaan. Tällöin voidaan tarkastella muun muassa ulkomaalaistaustaisia ja eri kieliryhmiä. Yhdenvertaisuuden tarkastelu on toistaiseksi vain suuntaa antavaa. Tietopohjaa haavoittuvien ryhmien palvelutarpeen selvittämiseksi on laajennettava jatkossa.

on laajennettava jatkossa.

Pohjois-Karjalassa yhdenvertaisuus- ja tasa-arvosuunnitelmia laatineiden ja väestöryhmien välisistä terveyseroista valtuustolle raportoivien kuntien osuus kaikista kyselyyn vastanneista alueen kunnista oli keskitasoa. Alle 40 prosenttia vammaispalveluita tarvinneista koki palvelut riittämättömiksi. Alueen kunnissa työttömien terveystarkastuksia on kirjattu perusterveydenhuollossa enemmän kuin maassa keskimäärin (koko maassa 0,3–5 % työttömistä työnhakijoista). Väestöryhmien väliset erot siinä, kuinka moni oli mielestään saanut tarpeeseensa nähden riittämättömästi terveyskeskuslääkärin palveluita, olivat keskimäärin suuret. Ikäryhmien välillä oli kuitenkin pienet erot, kun taas sukupuolten ja koulutusryhmien väliset erot kuuluivat suurimpaan kolmannekseen. Pohjois-Karjalassa yhdenvertaisuuden edistämisen haasteita lisäävät väestön suuri sairastavuus sekä suuri rakennetyöttömyys.

Kuvio 16

Palveluiden yhdenvertaisuus Pohjois-Karjalassa

	Yhdenvertaisuus- ja tasa-arvosuunnitelmat	Väestöryhmittäisten terveyserojen raportointi valtuustolle	Riittämätön vammaispalvelujen saanti*	Työttömien terveys-tarkastukset	Erot sukupuolten, ikä- ja koulutusryhmien välillä terveyskeskuslääkäripalvelujen saannissa*
Etelä-Karjala	▼	●	■	●	●
Etelä-Pohjanmaa	▼	▼	■	●	▼
Etelä-Savo	●	●	▼	▼	●
Kainuu	●	■	—	●	▼
Kanta-Häme	▼	▼	—	▼	●
Keski-Pohjanmaa	■	■	—	●	■
Keski-Suomi	▼	■	●	■	●
Kymenlaakso	▼	▼	—	▼	■
Lappi	●	●	—	■	■
Pirkanmaa	■	●	■	●	■
Pohjanmaa	▼	▼	—	▼	■
Pohjois-Karjala	■	■	●	●	▼
Pohjois-Pohjanmaa	●	●	■	■	●
Pohjois-Savo	■	●	▼	▼	●
Päijät-Häme	■	■	■	▼	●
Satakunta	●	▼	●	▼	▼
Uusimaa	■	■	▼	▼	▼
Varsinais-Suomi	●	▼	●	▼	▼

● Hyvä ■ Kohtalainen ▼ Vaatii huomiota — Ei tietoa
 * Väestökysely

Kansalliset lähteet

Ammattibarometri. www.ammattibarometri.fi

Aro Timo & Aro Rasmus: Seutukuntien elinvoimaindeksi. Helmi-kuu 2016. <https://www.slideshare.net/TimoAro/seutukuntien-elinvoimaindeksi-2016>

Häkkinen Pirjo & Matveinen Petri. Sairaaloitten tuottavuus 2015. Tilastoraportti 6/2017, Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

Lääkäriliitto. Terveystenkeskusten lääkäritilanne. <https://www.laakariliitto.fi/tutkimus/laakarityovoima/>

Maakuntien rahoitus siirtymäkauden aikana 2019–2024, muutos suhteessa lähtötilanteeseen. Valtiovarainministeriö 18.5.2017

Ranta, Tommi & Manu, Samuli & Laasonen, Valtteri & Uusikylä, Petri & Leskelä, Riikka-Leena. Kohti uusia maakuntia Sote- ja maakuntauudistuksen toimeenpanon esivalmisteluvaiheen yhteenvedo. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 74/2017.

TEM: Alueellinen matkailutilinpito. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisu 21/2017.

TEM: Alueiden vahvuuksien analyysi. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisu 24/2017.

TEM (Repo, Joonas): Maakuntien suhdannekatsaus 2017. Tuotanto, työmarkkinat, yritystoiminta, väestö. TEM-analyysi 78/2017

TEM Toimialapalvelu: Alueelliset kehitysnäkymät. Syksy 2017

TEM Toimialapalvelu: Toimialaraportit, Terveysten- ja sosiaalipalvelut. Syksy 2017.

TEM: Työllisyyskatsaus, www.temtyollisyyskatsaus.fi

THL: Terveysten- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2014. Tilastoraportti 1/2018, Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

Tilastokeskuksen tilastotiedot. <http://www.stat.fi>

- Väestö
- Kansantalous
- Terveysten
- Koulutusaste

Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet <https://www.sotkanet.fi>

- Ohjelmien seuraintindikaattorit, maakuntien seuranta- ja arviointi (simulaatioharjoitus)
- THL:n sairastavuusindeksi

Vaalavuo, Maria & Häkkinen Unto & Fredriksson Sami. Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetekijät ja valtionosuusjärjestelmän uudistaminen. Raportti 24/2013. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

Alueelliset lähteet

POKAT 2021 Pohjois-Karjalan maakuntaohjelma 2018-2021. Julkaisu 187, 2017. Pohjois-Karjalan maakuntaliitto.

“<http://www.pohjois-karjala.fi/web/maakunta-uudistus>”
www.pohjois-karjala.fi/web/maakunta-uudistus

Maakunnalta saadut muut materiaalit

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos
PL 30 (Mannerheimintie 166)
00271 Helsinki

ISBN:978-952-343-058-7 (verkkojulkaisu)
ISSN 1799-3946 (verkkojulkaisu)
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-058-7>

www.thl.fi/julkaisut